



MAAHANMUUTTAJIEN KÄSITYKSIÄ MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖISTÄ JA NIIDEN HOIDOSTA

Jussi Luukkonen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2009
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Pirkanmaan ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LUUKKONEN, JUSSI:

Maahanmuuttajien käsityksiä mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta

Opinnäytetyö 48 s.

Marraskuu 2009

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset nousivat Pirkanmaan sairaanhoitopiirin akuuttipsykiatrian APS2 osaston kiinnostuksesta saada lisää tietoa maahanmuuttajien käsityksistä mielenterveydestä. Osastolle on keskitetty turvapaikanhakijoiden ja maahanmuuttajien psykiatrinen hoito Tampereen seudulla. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää islamilaisista kulttuureista tulevien maahanmuuttajien käsityksiä mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta. Opinnäytetyössäni tarkastelen, millaisia käsityksiä maahanmuuttajilla on mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta kirjallisuuden perusteella.

Opinnäytetyöni on systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Aineistona olen käyttänyt väitöskirja-, pro gradu- ja opinnäytetyötasoisia tutkimuksia, artikkeleja ja oppikirjoja. Aineiston analysoinnissa käytin laadullista sisällönanalyysia.

Tarkastelen opinnäytetyössäni Somalian, Afganistanin, Iranin ja Turkin alueilta lähtöisin olevien maahanmuuttajien käsityksiä. Esittelen työni tulokset maittain.

Tutkimusten mukaan maahanmuuttajien käsitykset mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta eroavat länsimaisen lääketieteen normeista. Käsitykset ovat kulttuuri- ja aluesidonnaisia. Tuloksia yhdistävänä tekijänä islamilla on kuitenkin huomattava rooli. Ongelmiin haetaan usein apua Koraanista. Mielenterveyden ongelmia ei tutkimusten mukaan tunnisteta hyvin, eikä niihin useinkaan haeta perheen ulkopuolista apua, ellei sairaus jo uhkaa arjessa selviämistä. Mielenterveyden ongelmia kuvataan usein somaattisin oirein. Lähtökulttuurin perinteisistä hoitokeinoista ei automaattisesti luovuta muutettaessa uuteen maahan, joskin maahanmuuttajien käsityksissä on huomattavissa myös sopeutumista uuden kulttuurin tapoihin ja käsityksiin.

Kaikkien maiden tutkimustuloksista oli havaittavissa, että islamiin tukeutuminen oli mielenterveyshäiriöiden yhteydessä yleistä ja sitä pidettiin yhtenä selviytymiskeinona. Perinteisesti lievinä pidettyjä mielenterveyden ongelmia ei koettu ongelmiksi, joiden takia kannattaisi hakeutua avun piiriin, vaan usein ne koettiin osaksi normaalia elämää.

Asiasanat: Käsitys, mielenterveyden häiriö, mielenterveyden hoito, maahanmuuttaja, islam

ABSTRACT

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu
Pirkanmaa University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

LUUKKONEN, JUSSI

Immigrants' conceptions of mental health disorders and their treatment

Bachelor's thesis 48 pages.

November 2009

This thesis is prepared for the needs of Pirkanmaan Hospital District's acute psychiatric ward APS2. The ward provides treatment for immigrants and asylum seekers in Tampere. The aim of this thesis is to clarify the immigrants' conceptions in regards to mental health disorders and their psychiatric treatment. I have attempted to explore such conceptions through literature.

This thesis is a systematic review. The collection of the data consisted of previous related research, articles and textbooks. The method of analysing the data was content analysis.

The study was limited to consider only conceptions of immigrants originating from Somalia, Afghanistan, Iran and Turkey. The results were then divided into four main themes depending to the country of interest.

According to the previous research immigrants' conceptions about mental health disorders and their treatment, results vary amongst the studied countries. However they present some common characteristics. The existence of Islamic religious believes has an impact on how people identify mental health problems and how they seek help for such issues. Mental health problems are not perceived in the same way as in the Western societies. Mental health problems are described often with somatic symptoms. Often people seek help through the Koran. Furthermore, mental health problems are dealt within the closed environment of the immediate family and formal, professional help is rarely sought. What is often categorized as mild mental health problem in the western cultures, was often considered as a normal part of persons life and was not a reason to seek treatment. When migrating into a new country, the traditional treatments of the original culture does not seem to be forgotten, while there is also evidence about conceptions transforming to the ways of a new culture.

Keywords: conception, mental disorder, mental health care, immigrant, islam

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3 KESKEISET KÄSITTEET JA OPINNÄYTETYÖN TAUSTA.....	8
3.1 Keskeiset käsitteet.....	8
3.1.1 Maahanmuuttaja.....	8
3.1.2 Turvapaikanhakija.....	8
3.1.3 Pakolainen	8
3.1.4 Käsitys.....	9
3.1.5 Mielenterveyden häiriö	9
3.2 Islam maahanmuuttajien käsitysten lähtökohtana.....	10
3.2.1 Islamilainen kulttuuri kollektiivisen kulttuurin edustajana.....	11
3.2.2 Islamilainen identiteetti	12
3.3 Maahanmuuttajat Suomessa.....	14
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	16
4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.....	16
4.2 Sisällönanalyysi.....	17
4.3 Opinnäytetyön toteutus	18
5 TULOKSET	20
5.1 Somalia.....	20
5.1.1 Somalian historiaa ja kulttuuria	20
5.1.2 Somalialaisia käsityksiä mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta	22
5.2 Afganistan	28
5.2.1 Afganistanin historiaa ja kulttuuria.....	28
5.2.2 Afganistanilaisia käsityksiä mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta...	29
5.3 Iran	32
5.3.1 Iranin historiaa ja kulttuuria	32
5.3.2 Iranilaisia käsityksiä mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta.....	34
5.4 Turkki.....	36
5.4.1 Turkin historiaa ja kulttuuria.....	36
5.4.2 Turkkilaisten käsityksiä mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta	37
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	40
6.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	40
6.2 Tulosten tarkastelu ja pohdinta	41
LÄHTEET	45

1 JOHDANTO

Lisääntynyt maahanmuutto on muuttanut Suomen väestörakennetta. Maahanmuuttoviraston väestötietojärjestelmän mukaan Suomessa asui vuoden 2008 lopussa 143 200 ulkomaalaista. Eniten ulkomaalaisia on saapunut Venäjältä (26 900), Virosta (22 600), Ruotsista (8 400) ja Somaliasta (4 900). (Tilastokeskus 2008.)

Maahanmuutto on mielenterveysriski, erityisesti tämä koskee pakolaisena maahan muuttavia ihmisiä. Suomessa maahanmuuttajien henkistä pahoinvointia kuvaavat tilastot muun muassa korkeasta työttömyysasteesta, korkeista avioeroluvuista ja heidän suuri osuutensa turvakotien asiakkaina. Myös syrjäytymisestä ja kontaktin puuttumisesta valtaväestöön on olemassa runsaasti viitteitä ja näyttöä. (Rauta 2003, 2005.) Osa Suomeen muuttavista maahanmuuttajista työllistyy hyvin Suomessa. Suurimmat vieraskielisten työllistyvien ryhmät ovat venäjänkieliset, vironkieliset ja englanninkieliset. (Tilastokeskus 2008.)

Maahanmuuttoviraston turvapaikka- ja pakolaistilastot (2006, 2007, 2008) osoittavat, että eniten turvapaikanhakijoita on ollut Irakista, Somaliasta, Venäjältä, Serbiasta, Afganistanista, Bulgariasta, Iranista, Nigeriasta, Valko-Venäjältä, Turkista ja Kongosta. Eniten kiintiöpakolaisia vuosina 2006–2007 valittiin Kongosta, Myanmarista, Irakista ja Iranista. Maahanmuuttoviraston lehdistötiedotteen (2008) mukaan turvapaikanhakijoita saapuu Suomeen yhä kiihtyvässä tahdissa. Vuoden 2008 tammi - lokakuussa turvapaikkaa haki 2 809 ulkomaalaista. (Maahanmuuttovirasto 2008b.)

Suurelle osalle 2000-luvun maahanmuuttajistamme on yhteistä islam. Islamista ja muslimista on tullut elimellinen osa monikulttuurista Suomea (Sakaranaho 2008). Islamilaisessa kulttuurissa uskolla on keskeinen rooli ihmisen elämässä, perinteitä noudatetaan vahvemmin kuin länsimaisessa yhteiskunnassa, islamilaisuus ylettyy jokapäiväiseen elämään. (Schubert 2007, 139.) HYKS:n ”Monikulttuurinen Hoitomalli” selvityksen (2006) mukaan islamilaisen kulttuurin piiristä tulevilla pakolaisilla on eniten kokemuk-

sia kidutuksen uhrina olemisesta. Edellä mainitun selvityksen mukaan tämä tekijä lisää mielenterveyden ongelmia.

Hoitohenkilökunta kokee työskentelyn maahanmuuttajataustaisten, erityisesti islamilaisen kulttuurin piiristä saapuneiden, potilaiden kanssa tuoneen muutoksia ja uutta ajateltavaa työhönsä (Bräysy 2006; Bergbom & Riala 2007; Khalifa & Hardie 2005; Rauta 2005; Tuominen 1998; Schubert 2007). Maahanmuuttajat näyttävät eroavan suomalaisesta väestöstä potilastyössä. Kieliongelmiin lisäksi kulttuuriset erot vaikuttavat sairauden kokemuksiin ja käsityksiin sairauden hoidosta.

Hoitohenkilökunnan työssä viihtyminen ja siitä saatava tyydytys on riippuvaista muun muassa siitä, miten he kokevat onnistuneensa jokapäiväisissä tehtävissään. Raudan (2005) mukaan hoitohenkilökunnalla on harvoin riittävästi tietoa maahanmuuttajien kotimaiden arkisista olosuhteista. Niihin liittyvät heidän tapansa, uskomuksensa, sääntönsä ja kulttuuriset erityispiirteet. Sairaahan käyttäytymisen erottaminen kulttuuriin liittyvästä normaalista käyttäytymisestä voi olla tämän vuoksi vaikeaa (Rauta 2005).

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää Somaliasta, Afganistanista, Iranista ja Turkista lähtöisin olevien maahanmuuttajien käsityksiä mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta. Kohdemaat valikoituivat työhöni sen perusteella, että näiden maiden kansalaisten käsityksistä oli saatavissa tietoa ja toisaalta näiden maiden asukkaita on myös paljon Suomesta turvapaikkaa hakevien joukossa.

Opinnäytetyöni aihe nousi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin akuuttipsykiatrian APS2 osaston toiveista saada lisää tietoa siitä, miten eri kulttuurialueilla eläneet ihmiset kokevat erilaiset mielenterveysongelmat ja millaisia käsityksiä heillä on niistä. Hoitohenkilökunta toivoi saavansa lisätietoa asiasta, jotta esimerkiksi omahoitajatapaamisissa osattaisiin asettaa kysymyksiä, jotka kummatkin osapuolet ymmärtäisivät samalla tavoin.

Ammatillinen kiinnostukseni aiheeseen on kasvanut matkustelun myötä ja työskentelyäni maahanmuuttajien mielenterveyshoitotyön parissa. Mielenterveyshoitotyön ammattilaisen on tärkeää tietää, millä tavalla asiakas tai potilas kokee ympäröivän maailman ja mitkä tekijät vaikuttavat häneen toimintaansa. Vasta tällöin mielenterveyden hoidamisesta voi tulla kokonaisvaltaista ja kuntouttavaa.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytteen tarkoituksena on selvittää kirjallisuuden ja aiempien tutkimusten avulla islamilaisista kulttuureista tulevien maahanmuuttajien käsityksiä mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta.

Opinnäytetyön tehtävät:

- 1) Millaisia käsityksiä islamilaisista kulttuureista tulevilla maahanmuuttajilla on mielenterveyden häiriöistä kirjallisuuden perusteella?
- 2) Millaisia käsityksiä islamilaisista kulttuureista tulevilla maahanmuuttajilla on mielenterveyden häiriöiden hoidosta kirjallisuuden perusteella?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa uutta tietoa hoitotyössä työskenteleville. Tuomisen (1998) mukaan maahanmuuttajien käsitysten, kulttuuristen erityispiirteiden ja arvomaailman tunteminen lisää hoitohenkilökunnan ymmärrystä. Ymmärryksen karttuminen parantaa potilaiden ja hoitohenkilökunnan yhteistyötä.

3 KESKEISET KÄSITTEET JA OPINNÄYTETYÖN TAUSTA

3.1 Keskeiset käsitteet

3.1.1 Maahanmuuttaja

Maahanmuuttoviraston (2008) mukaan maahanmuuttaja on maasta toiseen muuttava henkilö. Termi on yleiskäsite, joka koskee kaikkia eri perustein muuttavia henkilöitä. Maahanmuuttaja-termillä viitataan puhekielessä lähes aina turvapaikanhakijaan, pakolaiseen tai paluumuuttajaan, kun puhutaan maahanmuuttajan terveydestä. (Rauta 2005.)

3.1.2 Turvapaikanhakija

Turvapaikanhakija on henkilö, joka pyytää suojaa ja oleskeluoikeutta vieraasta maasta. Henkilö on turvapaikanhakija kunnes saa hakemukseensa myönteisen tai kielteisen päätöksen. Turvapaikanhakija ei siis vielä ole pakolainen. (Maahanmuuttovirasto.)

3.1.3 Pakolainen

Pakolainen on henkilö, jolla on perusteltu aihe pelätä joutuvansa kotimaassaan vainotuksi rodun, uskonnon, kansallisuuden, tiettyyn yhteiskunnalliseen ryhmään kuulumisen tai poliittisen mielipiteen vuoksi. Pakolaisasema myönnetään henkilölle, jolle jokin valtio antaa turvapaikan tai jolle UNHCR on myöntänyt pakolaisaseman ja jolle on myönnetty maahantulolupa budjetissa vahvistetun pakolaiskiintiön puitteissa. (Maahanmuuttovirasto.)

Vartiainen-Ora (1996, 11) painottaa että pelkästään sota, köyhyys, nälänhätä tai luonnonkatastrofi eivät ole YK:n mukaan riittäviä tekijöitä täyttämään pakolaisuuden kritee-

rit, vaan vainon on oltava henkilökohtaista. Suomessa on kolmella eri tavalla pakolaisstatuksen saavuttaneita henkilöitä: 1) entiset turvapaikan hakijat jotka ovat saaneet Suomesta turvapaikan 2) YK:n pakolaisasiain päävaltuutetun määrittelemät kiintiöpakolaiset, joilla on jo Suomeen saapuessaan UNCHR:n myöntämä pakolaisen asema 3) perheen yhdistämisen perusteella oleskeluluvan saaneet. (Vartiainen-Ora 1996, 12–13.)

Rauta (2005) painottaa pakolaisuuden jo itsessään olevan traumoja aiheuttava seikka. Pakolainen joutuu elämään kahden uhkan välissä. Hän voi pelätä henkensä tai identiteettinsä menettämistä. Ihmisen pahimmat pelot ja painajaisunet toteutuvat pakolaisuuden kokemuksessa. Pakolaisuuden kokemus voi jättää ihmiseen vaikeat traumat. Traumat voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen:

1) Massiivisia traumoja ovat traumat ja postraumaattiset stressireaktiot (PTSD), jotka liittyvät kidutukseen, terroriin, vankeuteen ja sotakokemuksiin. 2) Siirtolaisuuden ja muukalaisuuden traumoja ovat traumat ja reaktiot, jotka syntyvät siirtolaisuuteen ja maanpakoon liittyvistä ero- ja menetyskokemuksista. Tähän kuuluvat myös ne kokemukset, joihin maahanmuuttaja törmää uudessa kulttuurissa. 3) Traumojen kumulatiivisuus merkitsee sitä, että traumat siirtyvät seuraaviin sukupolviin. (Rauta 2005.)

3.1.4 Käsitys

Kielitoimiston sanakirjan (2008) mukaan käsitys on havaintoon, kokemukseen tai ajatteluun perustuva asenne. Käsitys voi viitata seuraaviin asioihin: mielikuva, tieto, ajatus, ajattelutapa, näkemys, mielipide, asenne, vakaumus, luulo, arvelu, vaikutelma, kuvitelma.

3.1.5 Mielenterveyden häiriö

Tässä työssä mielenterveyden häiriöillä tarkoitetaan psykiatrisia oireyhtymiä. Oireyhtymille on ominaista oireiden liittyminen yhteen siten, että oirekokonaisuuden kulku ja

ennuste tunnetaan. Psykiatriset diagnoosit erottelevat mielenterveyden häiriöt toisistaan ja antavat alustavan käsityksen ennusteesta. (Luhtasaari 2005; Lönnqvist 2007.)

Psykiatriset diagnoosit sisältyvät Maailman terveysjärjestön ICD-10 -luokitukseen tai Amerikan psykiatriyhdistyksen kehittämään DSM-IV -luokitukseen. ICD- ja DSM-järjestelmät ovat alusta alkaen kehittyneet lähellä toisiaan, joten niiden rinnakkainen käyttö on mahdollista. (Lönnqvist 2007.)

DSM-IV määrittelee mielenterveyden häiriön kliinisesti merkitseväksi, behavioraaliseksi tai psykologiseksi oireyhtymäksi tai käyttäytymismuodoksi, joka ilmenee yksilössä ja johon liittyy kärsimystä tai toiminnan vajavuutta tai merkitsevästi suurentunut kuoleman, kivun tai toiminnan vajavuuden riski tai huomattava vapauden menetys (Lönnqvist 2007). Suomessa käytössä oleva ICD-10 -luokitus sisältää vain lyhyen kuvauksen kunkin mielenterveyden häiriön tyypillisistä piirteistä. (Lönnqvist 2007.)

3.2 Islam maahanmuuttajien käsitysten lähtökohtana

Opinnäytetyöni keskeisenä lähtökohtana on islam. Islamin pyhät kirjat ovat Koraani ja Sunna. Islamin piirissä sunnalla tarkoitetaan oikeaa menettelytapaa tai normia, jotka viittaavat profeetta Muhammedin käytäntöön, jota kaikkien muslimien on pyrittävä noudattamaan. Sunna on islamilaisen lain tärkeä lähde sekä sunnalaisille että shiialaisille. Normatiiviseen sunnaan kuuluu sunnalaisten mielestä myös ensimmäisen muslimisukupolven käytännöt eli profeetta Muhammedin ja hänen läheisimpien seuralaistensa perimätiedot. Shiialaiset puolestaan pitävät normatiivisena sunnana omien imaamiensa eli uskonnollisten johtajiensa menettelytapoja eli heidän sunnaansa. Noin 85 % kaikista maailman muslimeista on sunnamuslimeja. (Perho 2001.)

Islamin laki, *sharia*, on Jumalan säätämä ja muuttumaton. Laki perustuu Koraaniin ja sunnaan. Valtio-opillisesta näkökulmasta katsottuna lainsäädäntövalta on Jumalalla, mutta toimeenpanovalta on ihmisillä. Lain säädökset kattavat suuren osan ihmisen yksilöllisen ja yhteisöllisen elämän kysymyksistä. (Hämeen-Anttila 2004, 159.)

3.2.1 Islamilainen kulttuuri kollektiivisen kulttuurin edustajana

Monikulttuurisen psykologian näkökulmasta ihmiset ovat yhtä lailla oman ympäristönsä toimintamallien muokkaamia kuin biologisia olentoja. Eri kulttuurien toimintamallit eroavat enemmän tai vähemmän toisistaan ja näitä toimintamalleja voidaan vertailla. (Schubert 2007, 36.)

Islamilla on eri maissa ja eri seuduilla oma muotonsa. Senegalilainen islam on toisenlaista kuin islam Istanbulissa. Valtavista eroista huolimatta islamin peruspilarit – uskontunnustus, rukous, paasto, almuvero ja pyhiinvaellus ovat kaikkialla samat. Muslimimaiden kulttuureissa on eroja, mutta myös perustavanlaatuisia yhteisiä piirteitä. Vaikka piirteet eivät aina ole suoraan yhteydessä uskontoon, ne kuitenkin ovat seurausta yhteisestä historiasta, jonka punaisena lankana kulkee islam. Vuosisatojen aikana muslimien valtaamien alueiden kulttuureja ei tuhottu täysin, vaan ne jäivät eloon ja sulautuivat vähitellen uuteen muotoon. Näistä uudelleenmuodostuneista kulttuureista voidaan käyttää islamilaisen kulttuurin nimeä. (Palva & Perho 2001.)

Psykologian alan tutkijat selittävät käyttäytymisessä esille tulevia kulttuurieroja yksilötasolla sillä, että kyseiset erot johtuvat kulttuurisen ulottuvuuden eroista. (Schubert 2007, 44.) Kulttuurien välisen vuorovaikutuksen tutkija Hofstede (1980, 11) nimeää yksilön, yhteiskunnan ja ryhmän välisiin suhteisiin liittyvän ongelma-alueen individualismi-kollektivismi- dimensioksi. Tämä dimensio kuvaa sitä, miten merkittävää ryhmän jäsenyys on yksilölle ja miten tarkasti ryhmän normit määräävät yksilön ajatustapaa ja käyttäytymistä. (Hofstede 1980, 213–218.)

Islamilainen kulttuuri edustaa kollektiivista kulttuuria. (Hallenberg 2001.) Individualismi korostaa yksilöä yhteisön asemesta. Kollektivismissa yksilö ymmärretään osaksi ryhmää. Yksilö on osa perheenjäsenten ja läheisten verkostoa. Nämä verkostot ovat elinikäinen osa yksilön elämää, eikä yksilö halua tai koe voivansa irtautua tästä verkostosta. Yksilön tietoisuus on me-muotoista ja identiteetti perustuu sosiaaliseen ryhmään. Ryhmä päättää asioista, ei yksilö. Kollektivistisen ajattelun mukaan ryhmän hyvinvointi takaa yksilön hyvinvoinnin. Yhteisö on hierarkkisesti organisoitu ja jokaisella yksilöllä on sii-

nä oma asemansa. Vanhemmille ihmisille annetaan erikoisasema ja heidän neuvojaan arvostetaan. Yksilön ja yhteisön harmonian säilymiseksi, yksilön on asetettava omat tarpeensa perheen tarpeiden alapuolelle. Kollektiivisessa kulttuurissa kunnialla ja sen eri muodoilla on tärkeä merkitys. Kun kollektiivisessa kulttuurissa elävä ihminen kärsii emotionaalisista vaikeuksista, tämä vaikuttaa koko hänen perheyhteisöönsä. Yhteisö pyrkii löytämään hänelle apua ja ratkaisemaan yksilön ongelman. (Hofstede, 1980, 213–218.)

Rauta (2005) ja Schubert (2007) korostavat, että monikulttuurisen mielenterveystyön ammatillisuuteen kuuluu, että terapeutti on tietoinen omasta taustastaan ja kulttuuristaan. Länsimaissa vallitsee individualistinen kulttuuri. (Schubert 2007, 55.) Individualismilla tarkoitetaan sitä, että yksilö ymmärtää itsensä yhtenä, ainutkertaisena olentona, joka saa määritellä omat tavoitteensa ja toteuttaa omia päämääriään. Individualistisessa yhteiskunnassa jokainen huolehtii itsestään ja perheestään. Yksilön tietoisuus on minätietoisuutta ja mielipiteen avointa ilmaisemista arvostetaan. Sukupuolten välinen tasa-arvo liittyy individualismiin. (Hofstede 1980, 213–218, 265–277.)

3.2.2 Islamilainen identiteetti

Ihmisen identiteetillä tarkoitetaan hänen kokonaisvaltaista käsitystään omasta psyykkisistä, fyysisistä sekä sosiaalisista ominaisuuksistaan, jotka tulevat ilmi suhteessa itseensä sekä sosiaaliseen ympäristöön (Schubert 2007, 52). Kun yksilön identiteetti määritellään uskonnon kautta, perusoletuksena on uskonnon niveltymisen osaksi yksilön maailmankatsomusta (Hallenberg 2001). Islamilainen identiteetti pohjautuu uskon lisäksi islamilaiseen yhteiskuntajärjestykseen ja normistoon. Koska muslimivalloittajat muokkasivat valloittamiensa alueiden yhteiskuntajärjestelmää ja normistoa, islamilaiset arvot ja tavat alkoivat koskettaa myös niitä, jotka eivät uskonnollisesti samastuneet islamiin. Islam on kansallista kulttuuriperintöä ja välittyy niillekin, jotka eivät ole muslimeja. Yksilö voi identifioitua islamilaiseen identiteettiin vaikka hänen oma uskontonsa olisi joku muu kuin islam. (Hallenberg 2001.) Yksittäisen ihmisen käyttäytymisessä ja tavoissa uskonnolla on vain rajallinen merkitys, sillä myös muut kulttuuriset tavat leimaavat olennaisesti hänen käytöstään (Hämeen-Anttila 2004, 187.) Aghazarian (2006) korostaa, että

ihmisen kehitykseen ja identiteettiin vaikuttaa se, millaiset arvot, muistot ja aistikokemukset ovat hänelle tärkeitä.

Islamin ulkoisiin muotoihin kuuluvat rukoukset viisi kertaa päivässä. Rituaalinen puhdistautuminen ennen rukoilemista on osa islamilaista identiteettiä. Puhtauteen kuuluu rituaalisen puhtauden lisäksi oikea ravinto ja hygieniasta huolehtiminen. Rituaaliseen puhtauteen lasketaan kuuluvaksi myös poikien ympärileikkaus. Suurimmassa osassa islamilaista maailmaa naisten ympärileikkaus on tuntematon, mutta tällainen tapa on ollut muslimien keskuudessa mm. Egyptissä, Somaliassa ja Etiopiassa. (Hallenberg 2001.)

Ennen rukousta sunnalaiset suorittavat puhdistautumisen, jolloin pestään kasvot, kaula, korvat, kädet kyynärpäitä myöten ja lopuksi jalkaterät. (Palva 1997.) Shiialaisten mielestä täydellinen puhdistautuminen eli koko vartalon peseminen on tarpeellista ennen jokaista rukousta. (Hallenberg 2001.)

Islamilaisen ruokakulttuurin mukaan ei saa syödä tai juoda alkoholia, sikaperäisiä aineita tai verituotteita. Säännöt koskevat myös lääkkeitä. (Mölsä & Tiilikainen 2007.) Moni muslimimaahanmuuttaja saattaa myös noudattaa kasvis- tai lakto-ovo-vegetaristista ruokavaliota, jos uudessa maassa ei ole ravintoloissa tai laitoksissa saatavana ruokaa joka olisi teurastettu islamiin kuuluvan perinteen mukaisesti. (Palva 1997; Tiilikainen 2008.)

Muslimin tulee pukeutua säädyllisesti. Pukeutumisesta ja naisen hunnuttamisesta on omat säädöksensä Koraanissa. (Hämeen-Anttila 2004.) Islamin mukaan on yleistä, että nainen peittää itsensä lukuun ottamatta kasvoja ja käsiä. Miesten tulisi peittää vartalonsa navasta polviin. (Mölsä & Tiilikainen 2007.)

Pyhät ajat ja juhlat rytmittävät elämää. Vuosittainen 30 päivän mittainen Ramadan-paasto kuuluu vuoden kiertoon. Tällöin täysi-ikäinen muslimi ei saa syödä tai juoda mitään auringonnousun ja -laskun välisenä aikana. Paasto ei ole pakollinen, jos terveydentila ei sitä salli. (Mölsä & Tiilikainen 2007.) Profeetta Muhammedin esimerkkiä noudattaen muslimi saattaa paastota myös kerran viikossa yhden päivän (Hallenberg 2001).

Islamiin sisältyy käsitys miehen ja naisen erilaisista rooleista. Isän rooliin kuuluu ulospäinsuuntautunut johtajuus, äidin kuuluu olla perheen sisäinen keskushahmo. Miehellä

on päätösvalta perhettä koskettavissa tärkeissä asioissa. Vaimon on toteltava miestänsä kaikissa lainmukaisissa vaatimuksissa. (Hallenberg 2001.) Vaikka Koraani julistaa miehen perheen pääksi, islamin laki ei eristä naista. Jyrkimpiä tulkintoja tavataan vain alueilla, joissa vallitsevat vanhakantaiset heimotavat kuten Saudi-Arabiassa ja Afganistanissa. (Hämeen-Anttila 2007, 167, 170.)

Ihmiselle on tyypillistä rakentaa omaa identiteettiään peilaamalla itseään tai omaa kansaansa muita vasten. Näin luodaan ero ”meidän” ja ”toisten” välille, niin, että ”meihin” yhdistyvät kaikki toivottavat ja tavoiteltavat piirteet. Näiden piirteiden vastakohdat taas löytyvät ”toisten” ominaisuuksista. Läntisen kulttuurin piirissä peilauksen kohteena on perinteisesti ollut islamilainen maailma. (Hämeen-Anttila 2004, 230.) Etnosentrismi eli oman kulttuurin pitäminen standardina, johtaa helposti tarkkailuun ja vieraan kulttuurin toisarvoistamiseen, siksi monikulttuurinen ymmärtäminen ja osaaminen on välttämätöntä tasa-arvoisen kohtaamisen mahdollistamiseksi. (Schubert 2007, 29–31.)

3.3 Maahanmuuttajat Suomessa

Suomi muuttui 1980-luvulla maastamuuttomaasta maahanmuuttomaaksi. Kylmän sodan päättyminen ja Neuvostoliiton hajoaminen vuonna 1991 synnyttivät uudenlaisen tilanteen. Neuvostoliiton romahtaminen mahdollisti turvapaikanhaun itäistä reittiä pitkin. Somalit tulivat maahan 1990-luvun alussa pääsääntöisesti turvapaikanhakijoina Neuvostoliiton kautta. Suomi liittyi Euroopan unioniin 1995, joka johti kansainvälisen liikkumisen helpottumiseen ja ulkomaalaispolitiikan liberalisoitumiseen. (Martikainen 2008.) Maantieteellisesti tarkasteltuna valtaosa muslimeista on saapunut Somaliasta, entisen Jugoslavian alueelta, Irakista, Iranista, Turkista, Afganistanista ja Pohjois-Afrikasta. Suurimmat ryhmät äidinkielen mukaan (2006) ovat somalit, arabit, kurdit, albanit, turkkilaiset, persialaiset ja bosnialaiset. (Tiilikainen 2008.) Somalit, joita on maassamme jo lähemmäs 10 000, muodostavat suurimman pakolaistaustaisen, Afrikasta lähteneen, islaminuskaisen maahanmuuttajaryhmän (Sakaranaho 2008). Tilastokeskuksen (2007) mukaan lasten osuus on somalien keskuudessa korkea: 45 % Suomen somalinkielisistä on alle 15-vuotiaita. (Virtanen & Vilkama 2008.)

Mediassa islam näyttäytyy usein yksiulotteisena konflikteihin yhteydessä olevana uskontona. Islamin olemus on kuitenkin monimuotoinen. On olemassa paljon erilaisia tapoja pitää itseään muslimina ja toteuttaa uskonnollista elämää. Internet ja satelliittitelevisio ovat muovanneet islamilaisuutta entisestään ja hälventäneet kansallisia tapoja islamin toteuttamisessa. Varsinkin maahanmuuttajaperheiden lapset ovat vieraantumassa vanhempiensa kielellis-kulttuurisesta uskonnollisesta orientaatiosta. (Martikainen, Sakaranaho & Juntunen 2008.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Opinnäytteeni on kirjallisuuskatsaus. Rosenbergin (1984) mukaan kirjallisuuskatsauksen teoreettinen analyysi on ”ongelmanratkaisuessee” (Tuomi & Sarajärvi 2006, 20–21). Aineistoni koostuu tutkimuksista, kuten väitöskirjasta, pro gradu -tutkimuksista, opinnäytetoista, tieteellisistä artikkeleista, oppikirjoista, erilaisista selvityksistä ja tilastoista.

Ideana systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on koota ja tiivistää tuloksia useista eri tutkimuksista. Systemaattista kirjallisuuskatsausta pidetään tehokkaana tapana syventää tietoa asiasta, josta on jo valmista tutkittua tietoa ja tuloksia. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 120.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on yksi luotettavimmista tavoista yhdistää aikaisempaa tietoa. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan osoittaa mahdolliset puutteet tutkimustiedossa tai jo olemassa oleva, mutta systematisoimaton tutkimustieto. Näin systemaattinen kirjallisuuskatsaus saattaa esimerkiksi lisätä alkuperäistutkimuksen tarvetta tai estää uusien, tarpeettomien tutkimusten käynnistämistä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus muodostuu tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymysten asettamisesta, alkuperäistutkimusten hausta, valinnasta, laadun arvioinnista ja analysoinnista sekä tulososiosta. (Kääriäinen & Lahtinen 2006.) Meaden & Richardsonin (1997) mukaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen vaihe on yksityiskohtaisen tutkimussuunnitelman laatiminen. (Kääriäinen & Lahtinen 2006.)

Tutkimussuunnitelmasta tulee ilmetä tutkimuskysymykset, menetelmät ja strategiat alkuperäistutkimusten keräämiseksi sekä sisäänottokriteerit, joilla alkuperäistutkimukset valitaan. Lisäksi tutkimussuunnitelmassa määritellään valittujen alkuperäistutkimusten laatuksikriteerit ja menetelmät näiden synteille. (Greener & Grimshaw 1996, Evans ym 1998, Lipp 2003, Kääriäisen & Lahtisen 2006 mukaan.)

Tutkimuskysymyksissä määritetään ja rajataan se, mihin ollaan hakemassa vastausta. Tutkimuskysymykset perustuvat muun muassa tutkijan taustasitoumuksiin, intresseihin ja aikaisempaan tietoon aiheesta. Tutkimuskysymyksiä voi olla useita ja ne voivat olla vapaasti muotoiltuja tai strukturoituja. (Khan ym. 2003, Kääriäisen & Lahtisen 2006 mukaan.)

Meaden & Richardsonin (1997) mukaan alkuperäistutkimuksille määrätään sisäänottokriteerit, joilla tarkoitetaan edellytyksiä tai rajoituksia mukaan otettaville tutkimuksille. Sisäänottokriteerit määräytyvät tutkimuskysymysten perustella ja ne määritellään ennen varsinaista valintaa. (Kääriäinen & Lahtinen 2006.)

Alkuperäistutkimusten haku tehdään systemaattisesti ja kattavasti. Haut kohdistetaan tutkimussuunnitelman mukaisesti niihin tietolähteisiin, joista oletetaan saatavan tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa. Alkuperäistutkimuksia haetaan manuaalisesti ja sähköisesti eri tietokannoista, jolloin saadaan haettua tietoa mahdollisimman kattavasti. (Khan ym. 2003, Kääriäisen & Lahtisen 2006 mukaan.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen lopullinen tutkimusten kokonaismäärä saadaan vasta alkuperäistutkimusten valinnan ja laadunarvioinnin jälkeen. Aineiston analysoinnin ja tuloksien tarkoituksena on vastata mahdollisimman kattavasti, objektiivisesti ja selkeästi tutkimuskysymyksiin. (Bero & Jadad 1997, Kääriäisen & Lahtisen 2006 mukaan).

4.2 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on menetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Sitä voidaan käyttää paitsi yksittäisenä metodina, myös väljempänä teoreettisena kehyksenä. Useat eri laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät näin ollen perustuvat tavalla tai toisella sisällönanalyysiin. Sisällönanalyysi on prosessi osana tutkimusta. Se alkaa aineiston kiinnostavien osien määrittelyllä ja niiden erittelyllä muusta aineistosta. Tällöin aineistosta jätetään pois kaikki muu, joka ei ole olennaista tutkimuskysymysten kannalta. Kiinnostava aineisto kerätään yhteen merkitsemällä se ja irrotta-

malla se muusta aineistosta. Lopuksi se luokitellaan, teemoitellaan tai tyypitellään ja kirjoitetaan siitä yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 93–94.)

Luokittelua, teemoittelua tai tyypittelyä pidetään usein varsinaisena analyysinä, mutta analyysin tulisi sisältää lisäksi muita edeltäviä ja seuraavia työvaiheita. Luokittelu on yksinkertaisin aineiston järjestämismuoto, jossa aineistosta määritellään luokkia ja laskeaan niiden esiintyvyyksiä aineistossa. Teemoittelussa painottuu, mitä kustakin teemasta on sanottu, eikä lukumäärillä ole tällöin merkitystä. Tyypittelyssä taas aineisto ryhmitellään erilaisiksi typeiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 95.)

Teemoittelussa aineistosta pyritään nostamaan esiin tutkimusongelman kannalta olennaisia teemoja. Näin on mahdollista vertailla eri teemojen esiintyvyyttä aineistossa. Aineistosta voidaan poimia sen keskeiset aiheet jolloin sitä voidaan käsitellä kokoelmana erilaisia kysymyksenasetteluja. (Eskola & Suoranta 2000, 174.)

4.3 Opinnäytetyön toteutus

Tein opinnäytetyöni tutkimussuunnitelman vuoden 2008 lopussa. Jouluna 2008 aloin perehtyä tarkemmin opinnäytteeni sisältöalueen keskeiseen kirjallisuuteen. Tein jouluhelmikuun aikana kirjallisuushakuja. Käytin sähköisen aineiston hakemiseen Pirkka-tietokantaa ja Piki-verkkokirjaston hakupalvelua, Nelli-tiedonhakujärjestelmää, Jyväskylän yliopiston aineiston tietokantaa (JYKDOK) ja kotimaista artikkeliviitetietokantaa (ARTO). Hauissa käytin pääasiassa hakusanoja käsitys, maahanmuuttaja, mielenterveys, pakolainen, concepts, mental health, mental disorder, mental illness, refugee, immigrant ja islam. Ulkomaisia artikkeleja löysin erityisesti Elsevier ja PubMed -tietokannoista. Rajasin aineistoni englannin- ja suomenkielisiin, full text- artikkeleihin. Havaitsin, että pakolaisista ja heidän kärsimistään mielenterveyden häiriöistä on olemassa paljon tietoa, mutta maahanmuuttajien ja pakolaisten omia käsityksiä on tutkittu vähän.

Tammikuussa luin islamia koskevaa kirjallisuutta, tein artikkelihakuja, etsin tietoa eri maista ja eri kulttuureista. Sain kootuksi sirpalemaista tietoa eri kansallisuuksiin kuuluvien ihmisten käsityksistä. Päätin, että rajaan työni islamilaisen kulttuurin piiristä tule-

viin maahanmuuttajiin, koska Pirkanmaan sairaanhoitopiirin APS2 osaston toiveena oli saada tietoa erityisesti islamilaisen kulttuurin piiristä. Lisäksi suuri osa Suomeen lähi-vuosina hakeutuneista turvapaikanhakijoista on tullut islamilaisen kulttuurin alueelta ja islam näytti olevan vahvasti mukana niissä artikkeleissa, joita löysin maahanmuuttajien mielenterveyden häiriöistä.

Lukemisen ohella kirjoitin kevään 2009 aikana jatkuvasti, järjestelin, yhdistelin ja ryhmittelin aiheen kannalta huomionarvoista tekstimateriaalia. Hain aineistosta erilaisuuksia ja samankaltaisuuksia. Käytin sisällönanalyysiä metodina, jonka avulla kuvasin ja analysoin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineiston. Tarkoituksenani oli saada aikaan selkeä, syvä ja tiivis kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Kuvaan aikaisempia tutkimuksia ja aiheesta kirjoitettuja artikkeleja maittain, koska maahanmuuttajien käsitykset mielenterveyden häiriöistä osoittautuivat kulttuuri- ja aluesidonnaisiksi.

Esittelen työssäni neljä maahanmuuttajaryhmää maittain. Kunkin kappaleen alussa on katsaus maan historiaan ja kulttuuriin, lopussa kuvaan aikaisemmista tutkimuksista poimimieni esimerkkien avulla kansallisia käsityksiä mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta.

5 TULOKSET

5.1 Somalia

5.1.1 Somalian historiaa ja kulttuuria

Afrikan sarvessa sijaitseva Somalia on vuosisatoja ollut karjatalousmaa. Somalia tuli tunnetuksi paimentolaisdemokratiana, kunnes Siad Barre kaappasi vallan vuonna 1969. Maassa puhkesi sisällissota 1980-luvulla. (Serkkola 1992, 76–90.) Kaaos Somaliassa on jatkunut sisällissodasta asti joukkomurhineen, sieppauksineen, raiskauksineen ja kidutuksineen. (Tiilikainen 2003, 50.) YK:n mukaan humanitaarista apua tarvitsee lähes puolet somalialaisista eli yli kolme miljoonaa ihmistä. (Mervola 2009.) Suomessa pakolaisasema on myönnetty lähes 10 000 somalille. (Sakaranaho 2008.)

Somaliassa vallitsee vahva suullinen perinne. Tarinoilla, kansansaduilla, sananlaskuilla ja runoilla on suuri merkitys sekä yksityisessä että julkisessa elämässä. Vasta vuonna 1972 Somaliassa otettiin käyttöön yhteinen ja virallinen kirjoitustapa. Somalit ovat tottuneet vaeltamaan karjansa kanssa mukanaan vähäiset varusteet, mutta matkatavaroiden vähyden vastakohtana mukana on kulkenut rikas kieli. (Lewis 2008, 23.)

Somalit ovat yksi maailman vanhimmista kansoista. Afrikan sarven alueella on tehty vanhimpia löydöksiä ihmisistä. (Aallas 1991, 15.) Somalikansa on valtava sukupuu, jonka oksistot laajenevat ja supistuvat jatkuvasti. Sukulaisverkostot liittävät yksilöt puun haaroihin. Somalian väestöllä on yhteiset esi-isät. Tästä syystä puhutaan heimojen sijasta klaaneista. Perinteinen sukulaisuus perustuu veriyhteyteen isän sukulinjassa. Isän sukuun kuulumista pidetään muita sukulaissuhteita sitovampana. (Serkkola 1992, 14–15.)

Kunkin somalisuvun tärkein sosiaalinen ryhmä on veriliitto, *diya*. Liittoa, johon kuuluu 200–2000 perhettä, sitoo yhteinen *diya* -velvoite. Tämä tarkoittaa sitä, että perhe jakaa vastukset yhdessä, maksaa korvaukset aiheutetuista vahingoista tai veriteoista. Esimerkiksi liikenneonnettomuus saa suvun vanhimmat kokoontumaan yhteen ja neuvottelemaan korvausvelvoitteista. (Serkkola 1992, 17.)

Somaliassa moniavioisuus on traditio. Yksiavioisuuteen liittyvät korkeat avioeroluvut. Mies voi elinaikanaan olla naimisissa toistakymmentä kertaa. Avioliittojen pääasiallinen tavoite on saada aikaan mahdollisimman monta lasta, erityisesti poikia. Näin saadaan vahvuutta ja kunniaa isän sukuhaaraan. (Lewis 2008, 11–12.)

Sukujen jaokkeet (*diyat*), sukuhaarat ja klaanit eivät tunne muodollisten johtajien arvoportaikkoja. Jokaisessa sukuryhmässä poliittinen johtajuus on vanhimpien kontolla. Puhetoikeus määräytyy iän mukaan. Ikä merkitsee viisautta ja elämäkokemuksen myötä syntynyttä auktoriteettia. Yleensä muslimiyhteiskunnissa ei eroteta uskonnollista ja maallista auktoriteettia toisistaan. Somalialaisen ajattelun mukaan uskonnollinen ja maallinen valta ovat kuitenkin toisistaan erillisiä asioita. Uskonnolliset miehet hallitsevat hengellisillä lahjoilla ja soturiperinne kuuluu maalliseen valtaan. (Serkkola 1992, 21.)

Perhe on Somaliassa sosiaalisen järjestelmän keskus. Suurperhe on oma yksikkönsä, mutta siihen voi kuulua myös erillisiä kotitalouksia. Moniavioinen perhe on esimerkki erillisistä talouksista samassa perheessä. Somalinkielessä perhe viittaa sekä mieheen ja hänen jälkeläisiinsä että klaaniin. Kaupungissa suurperheeseen kuuluu tavallisesti ydinperhe, isovanhemmat ja serkut. Kaupunkiympäristössä myös naapurit ovat perheiden apuna. Naapuruus on enemmän sosiaalinen kuin alueellinen ilmiö. Naapuruus voi ulottua usean korttelin päähän. (Serkkola 1992, 25, 42.)

Perinteisessä somaliyhteisössä jokaisella perheenjäsenellä on omat iän ja sukupuolen määrittämät työtehtävänsä. Mies on vastuussa perheen toimeentulosta. Yleensä mies vastaa tiettyjen tavaroiden hankinnasta. Naisen elinympäristö on koti lähiympäristöineen. Naisen kuuluu huolehtia lapsista, laittaa ruokaa, hankkia polttopuita ja vettä, paimentaa karjaa tai työskennellä pellolla, pestä pyykki ja hoitaa sairaita. (Serkkola 1992, 28.)

Afrikassa islam on sulautunut vahvasti yhteen varhaisempien heimotapojen kanssa ja muodostaa hyvin omaleimaisen kokonaisuuden (Hämeen-Anttila 2004, 186.) Vaikka sunnalainen islam on väritty paikkallisilla uskomuksilla, se tarjoaa eripuraisille klaaneille yhteisen maailmankatsomuksen. (Serkkola 1992, 48.)

Henkimaailma on monille somaleille yhtä todellinen kuin fyysinenkin todellisuus (Serkkola 1992, 51). Henkimaailmaa tulkitaan islamin avulla. Tätä näkymätöntä maailmaa johtavat uskonnolliset johtajat, joilla uskotaan olevan kyky tehdä ihmeitä. (Serkkola 1992, 51.)

Erityisesti naisten mielentilaa liikuttavat yksilöidyt henget, kuten *jinn*, *saar*, *boorane* ja *mingis*. Nämä henget ovat somalialaisten mielestä usein sairauksien ja onnettomuuksien syitä. (Serkkola 1992, 51.)

5.1.2 Somalialaisia käsityksiä mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta

Uusseelantilainen tutkijaryhmä Waikaton yliopistosta Guerin, Guerin, Diiriye ja Yates (2004) selvittävät artikkelissaan somalialaisten käsityksiä mielenterveydestä. Uudessa Seelannissa oli vuonna 2004 jo yli 4000 somalia, joista suurin osa oli saapunut maahan pakolaisena tai perheen yhdistämistä varten. Vaikka somalialaisilla pakolaisilla oli ongelmia mielenterveydessä, he eivät hyväksyneet länsimaiseen ajatteluun perustuvia auttamisen tapoja. (Guerin, Guerin, Diiriye & Yates 2004.)

Monien somalien mielestä mielen sairauksiin kuuluvat vain kaikkein vaikeimmat mielenterveydelliset sairaudet, jotka ovat usein jo hoitoresistenttejä. Vain harva somali ajattelee sotakokemukset suoranaiseksi syyksi omiin ongelmiinsa, vaan ennemminkin he ajattelevat ongelmiansa johtuvan perheen yhdistämisen vaikeuksista tai muista stressitekijöistä. (Guerin, Guerin, Diiriye & Yates 2004.)

Somalien käsityksissä on tunnistettavissa kaksi oireilun kategoriaa, jotka heidän mielestään poikkeavat toisistaan. Käsitysten jakautuminen on sinänsä samanlainen kuin länsimaissa, koska nämä kategoriat ovat myös länsimaisen lääketieteen mukaan toisistaan poikkeavia. Ensimmäistä mielenterveyden häiriöiden ryhmää kuvataan vakavana ”hulluutena” tai hengen riivaamaksi joutumisena. Tämän ryhmän oireet kuuluvat länsimaisen ymmärryksen mukaan skitsofrenia- ja bipolaarihäiriö -tyyppisiin sairauksiin. (Guerin, Guerin, Diiriye & Yates 2004.)

Kysyttäessä somaleilta, mitä he ajattelevat mielisairauden tarkoittavan, he sanoivat että se on tila, jolloin ihminen on hullu tai mielipuolinen. Tällöin ihminen kulkee ympäriinsä heitellen kiviä, huutaen, lyöden, kävellen alasti tai syöden roskalaatikoista. Tällä tavalla sairastuneita pidettiin haastateltavien mukaan Somaliassa vaarallisina itselleen ja muille, joten heidät eristettiin muista ihmisistä sairaaloihin. Jos potilas asui maaseudulla kaukana kaupungista, hänet saatettiin kahlita yleisen turvallisuuden vuoksi. (Guerin, Guerin, Diiriye & Yates 2004.)

On tärkeää ottaa huomioon, että ensikertalaisena hoitoon saapuvan somalin käsitys saatavasta hoidosta voi perustua kotimaassaan vallalla oleviin hoitomuotoihin. Tämä voi saada potilaan vastustamaan hoitoaan tietämättä mitään sen laadusta uudessa maassa. Samassa yhteydessä on mainittava, että somalialainen potilas saattaa ajatella edellämaitunlaisen käyttäytymisen olevan ainoa tapa päästä hoitoon, jolloin hän voi pyrkiä käyttäytymään tällä tavoin tarkoituksellisesti. Mielenterveystyöntekijöiden täytyykin muistaa olla varovaisia asiakkaidensa toimintakykyä arvioidessaan ja kuvaillessaan mielenterveysongelmia heille. (Guerin, Guerin, Diiriye & Yates 2004.)

Toiseen oireilun kategoriaan kuuluvat sellaiset mielen sairaudet, joita somalialaiset kuvaavat kertomalla, että yleinen vointi ei ole hyvä (a lack of well-being). Tähän kategoriaan kuuluvat monenlaiset oireet ja somalialaiset katsovat niiden olevan enemmän yhteydessä lähiverkostoonsa kuin länsimaissa on tapana ajatella. Länsimaisen ajattelun mukaan tähän kategoriaan kuuluu lievä tai kohtalainen depressio ja ahdistus. (Guerin, Guerin, Diiriye & Yates 2004.)

Kun tutkijat kysyivät potilailtaan depression, ahdistuksen ja post-traumaattisen stressireaktion merkityksiä, eivät potilaat tunnistanee niitä. Moni vastasi, että tällaisia ongelmia ei esiinny somalialaisessa kulttuurissa. Elmin (1999) mukaan stressi ja depressio eivät ole tunnistettuja ongelmia Somalian perinteisessä terveydenhuollossa (Guerin, Guerin, Diiriye & Yates 2004).

Somalit käyttävät usein mielenterveyden ongelmista sanaa *walli*, jonka somalit kääntävät sanaksi ”hullu”. Tämä ei kuitenkaan ole tarkka käänös. Parhaiten sanan merkitystä voidaan ehkä kuvata sanoin: ”he eivät tunne itseään”, ”he eivät tee asioita normaalisti”, ”he toimivat hassusti” tai ”he ovat poissa tolaltaan”. Sanaa *walli* käytetään monissa tilanteis-

sa. Se on somalien mielestä sopiva kuvaamaan myös ADHD lapsen oireita, pahaa päänsärkyä, univaikeuksia ja myös dementiaa. (Guerin, Guerin, Diiriye & Yates 2004.)

Somalialaiselle ajattelulle on tyypillistä, että mielenterveyden ongelmaa ei tunnisteta ongelmaksi ennen kuin se on kehittynyt vakavammaksi sairaudeksi. Somalit tarkoittavat sanonnalla ”häiritä jokapäiväisiä toimintoja” vakavampia ongelmia arjessa, kuin millaisina länsimaiset mielenterveysalan ammattilaiset ne käsittävät. Satunnainen itkeminen, unettomuus ja krooniset päänsäryt käsitetään somalialaisissa perheissä valitettavan usein osaksi normaalia elämää tai niin mitättömiksi asioiksi, ettei niihin ryhdytä hakemaan hoitoa. Tällainen ongelmien vähättely saattaa johtaa siihen, että ongelmat voivat eskaloitua suuremmiksi hoitoon pääsyn viivästyessä. (Guerin, Guerin, Diiriye & Yates 2004.)

Kirjoittajien kokemusten mukaan monet somalit kokevat mielenterveysongelmiensa liittyvän pääosin perhepiirin ongelmiin. Perheenjäsenistä osa on edelleen kotimaassaan tai mahdollisesti kadonnut. Uudelleen asettumisen ongelmat ja yllättävät vaikeudet uudessa maassa kuten kieliongelmat, työttömyys ja taloudelliset ongelmat koetaan mielenterveyden ongelmien aiheuttajiksi. (Guerin, Guerin, Diiriye & Yates 2004.)

Islamilaisen tavan mukaan ihmiset rukoilevat yhteisön jäsenen sairastuttua fyysisesti tai henkisesti. Koraanin kappaleet valitaan yleensä huolellisesti tilanteeseen sopiviksi. Koraania luetaan sairastuneelle usein imaamin johdolla ja omaisten läsnä ollessa. Tällöin tilanteen sosiaalisuudella ja perheen läsnäolon luomalla luontaisella rentoudella on iso merkitys. Nämä tekijät myös luultavasti edistävät hoidollista onnistumista. (Guerin, Guerin, Diiriye & Yates 2004.)

Koska ahdistuksen ja depression kokemusten koetaan liittyvän usein perheen erillään oloon, artikkelin kirjoittajat ehdottavatkin yhtenä ”hoitomuotona” mielenterveystyön ammattilaisten tiivistä yhteistyötä potilaan maahanmuuttoasioita hoitavien tahojen kanssa. (Guerin, Guerin, Diiriye & Yates 2004.)

Lievempien mielenterveysongelmien hoitona somaliyhteisöissä käytetään usein perhe- ja yhteisöllisiä keskusteluita, joissa yhteisön jäsenistä yleensä kokeneimmat tai vanhimmat sekä asianosaiset kertovat oman näkemyksensä asiasta ja siitä, miten ongelmia voitaisiin ratkaista. Miespuolisilla tukijoilla on tapana keskustella miespuolisten asianosaisten

kanssa ja naiset keskustelevat asioistaan yhteisön naisten kanssa. Yleensä keskustelun auttavana puolena toimivat yhteisön vanhimmat ja kokeneimmat jäsenet. Tällaiset keskustelut ovat hyviä ja toimivia lievissä mielenterveyden ongelmissa. (Guerin, Guerin, Diiriye & Yates 2004.)

Keskusteluissa kävi ilmi, että hierontaa käytettiin erityisesti selkäkipujen ja päänsäryn hoitoon, jotka ovat hyvin yleisiä ongelmia somalien keskuudessa. Somalit olivat halukkaampia ottamaan vastaan fysioterapiaa, hierontaa ja vartaloterapiaa kuin reseptilääkkeitä. Näiden hoitomuotojen lisäämistä länsimaalaisten mielenterveyshoitomuotojen rinnalle tulisi mahdollisuuksien mukaan harkita. (Guerin, Guerin, Diiriye & Yates 2004.)

Tutkimusten perusteella on havaittu ongelmalliseksi somaleiden korostunut luottamus yleislääketieteen lääkäreihin ja heidän palveluihinsa. Myös läheteisiin ja tulkkipalveluihin liittyi ongelmia, samoin diagnosointiin juuri erilaisen kulttuuritaustan takia. Byrokraatia on oma ongelmansa. Yleislääkäreiden liiallinen arvostaminen tuo somaliperheille ongelmia siinä vaiheessa, kun lääkärin tekemät diagnoosit eivät tunnu oikeilta, tai hänen määräämänsä lääkitys tuo odottamattomia haittavaikutuksia. Usein tällaisissa tilanteissa lääkärin määräyksiä ei uskalleta kritisoida ja ongelmista vaietaan. (Guerin, Guerin, Diiriye & Yates 2004.)

Somaleiden ymmärrys heidän oikeuksistaan mielenterveyspalvelujen käyttäjinä voi olla rajoittunut. Yksilönvapaudesta ja -oikeuksista ei vanhassa kotimaassa olla oltu täysin tietoisia. Monet eivät myöskään täysin ymmärrä sosiaalityöntekijän, hoitajan, psykiatrin ja psykologin ammattien eroja. Hoitoketjun hahmottaminen tuntuu somaleista vaikealle ja tämä tuo mukanaan pettymyksiä hoidosta. (Guerin, Guerin, Diiriye & Yates 2004.)

Potilaat ovat ilmaisseet huolensa siitä että länsimaiset mielenterveysalan ammattilaiset keskittyvät liikaa menneisyyden kokemuksiin sen sijaan, että keskittyisivät nykyiseen tilanteeseen. Esimerkki naisesta, jolla oli hyvin traumaattinen tausta. Häntä oli ammuttu ja hän oli ollut todistamassa perheenjäsentensä murhaa. Terveystieteiden ammattilaiset pyysivät häntä jatkuvasti puhumaan tästä asiasta. Nainen kysyi tulkilta: ” Miksi minulta kysytään jatkuvasti tästä asiasta? Lähden täältä aina itkien pois ja olen hyvin surullinen. Haluan vaan saada tyttärenti Afrikasta tänne.” (Guerin, Guerin, Diiriye & Yates 2004.)

Monet somalit eivät koe hyötyvänsä keskusteluista tuntemattomien, perheen ulkopuolisten ammattilaisten kanssa. Traumoista puhumisen hyöty on kyseenalaista koska näitä tarinoita on saatettu jo kertoa useaan kertaan viranomaisille pakolaisstatuksen saavuttamiseksi. Tutkijat ehdottavat, että maahanmuuttajataustaisille voitaisiin järjestää koulutusta siitä, miten länsimainen terveydenhuoltojärjestelmä toimii ja millaiset ovat meidän käsityksemme mielenterveydestä ja sen hoidoista. (Guerin, Guerin, Diiriye & Yates 2004.)

Tiilikainen tutki väitöskirjaansa varten Suomeen pakolaisina tulleiden somalinaisten arkea vuosina 1996–2002. Väitöskirja-aineistossa naiset kertovat käsityksiään myös mielenterveyden häiriöistä. Kun haastatellut somalinaiset puhuivat *qalbijabista* tai *nijadjabista* he tarkoittivat depressiota tai masennusta. Näiden häiriöiden syinä oli naisten mielestä esim. muistot sodasta, paosta, pakolaisena olosta, suomalaisen kulttuurin vieraus, työttömyys, yksinäisyys, huoli Afrikkaan jääneistä sukulaisista, huoli lapsista ja toimeentulosta. (Tiilikainen 2003, 212.)

Depressio ja masennus eivät Tiilikaisen haastatteleminen naisten mukaan olleet sellaisia oireita, joiden vuoksi hakeuduttaisiin mielenterveystoimistoon tai haluttaisiin lääkkeitä. Depressio ja masennus tarkoittivat naisille vain mielipahaa, jonka syyt olivat ihmisen itsensä tiedossa. Mielipahasta pitäisi koettaa selvittää itse, unohtaa huolet, olla kärsivällinen ja uskoa, että Jumala on määrännyt niin ja kaikella on oma aikansa. Naisten mielestä depressiosta ja masennuksesta selviämiseen tarvittiin konkreettista apua arkipäivän askareisiin. Jos masentunutta ei tueta ja auteta, voi seurauksena olla ”hulluus” eli *waalli*. (Tiilikainen 2003, 214.)

Somalinaiset käyttivät termiä *welwel* masennusta vakavammasta ja voimakkaammasta olotilasta. Naisten mielestä *welwel*, *qalbijab* (*depressio&masennus*) ja *waalli* (”hulluus”) liittyivät toisiinsa. Myös mustasukkaisuus, kirous ja henget saattoivat aiheuttaa hulluutta. Naisten mielestä *jinni* iskee helposti stressaantuneeseen ihmiseen. Jos sairauden aiheuttajana on *jinni*, ihminen on usein väkivaltainen, rikkoo tavaroita, itkee, huutaa ja puhuu taukoamatta. Tällaisesta sairaudesta on mahdollista parantua, jos henki saadaan lepytettyä tai poistettua ihmisestä. Hulluuden merkkinä pidettiin myös sitä, että lääkärin määräämät hoidot eivät tehoa. (Tiilikainen 2003, 215–216.)

Jinnit eli henkiolennot mainitaan Koraanissa. Jinnit ovat Jumalan luomia niin kuin enkelitkin. Jinnejä on hyviä ja pahoja. (Hallenberg 2001.) Perimätiedon mukaan henget voivat aiheuttaa sairautta. Islamiin liittyy kaksi erilaista näkemystä ihmisen ja henkien välisestä suhteesta. Suufilaisen perinteen mukaan suhdetta pitää hoitaa, sillä henget voivat auttaa ihmistä. Uudet islamilaiset parantajat ajattelevat, että henkiin ei voi luottaa vaan ne pitää karkottaa. (Tiilikainen 2008.)

Somalinaiset puhuivat *jinni*-henkien lisäksi *saar*- ja *mingis*-hengistä. *Jinni*- ja *mingis*-henkien nähtiin aiheuttavan mielenterveysongelmia. *Mingikseen* liittyvät mm. yölliset pelkotilat, yleinen huono ja onneton olo, univaikeudet, sekavuus, väsymys, ruokahaluttomuus, sydämen tykytys, painon tunne rinnassa ja epämääräiset kiputilat. *Mingistä* hoidetaan lukemalla Koraania, tanssimalla ja polttamalla suitsukkeita. Myös *saar*-henkeä hoidetaan tanssien ja suitsukkeiden avulla, mutta *saar*-hengen ja ihmisen välistä suhdetta pidetään eräänlaisena elinikäisenä toveruutena. Jos ihmisen ja *saar*-hengen välinen suhde on kunnossa, ihminen voi hyvin. (Tiilikainen 2003, 236–250.) Henget ovat edelleen osa naisten elämää myös Suomessa, mutta islamististen tulkintojen paineessa monet somalinaiset ovat alkaneet tulkita *saar*-henkien olevan *jinnejä*, joilla on legitiimi asema islamin sisällä (Tiilikainen 2003, 257).

Somalinaisten mukaan *jinni*-henget ovat pahansuopia. *Jinnit* aiheuttavat mielenterveysongelmia, jopa sekavuustiloja ja itsemurhia. *Jinnien* karkottamisessa luotetaan siihen, että mies lukee Koraania ja mieluiten ulkolukuna. (Tiilikainen 2003, 236–238.)

Somalinaiset tulkitsivat mielenterveyden häiriöitä islamilaisesta viitekehyksestä. Hulluuteen sairastuneen ihmisen parannuskeinoina mainittiin erityisesti Koraanin lukeminen, uskonnon asiantuntijoiden ja parantajien puoleen kääntyminen jopa Suomen rajojen ulkopuolella. Naisten mielestä terveys ja sairaus ovat Allahin kädessä. Viimeistään vakavan sairauden edessä myös maallistuneille naisille usko ja Koraanin lukeminen tulivat ajankohtaisiksi asioiksi. (Tiilikainen 2003, 219–223, 231.)

Suomessa somaliperheet tuovat mielenterveyden ongelmista kärsivän ihmisen hoitoon yleensä vasta siinä vaiheessa kun henkilö on psykoottinen, vaaraksi muille tai kun muut hoidot eivät ole enää tehonneet. Yksi syy psykiatrisen avun viivyttelyyn on hulluksi leimautumisen pelko. Potilaat pyrkivät välttämään lääkkeiden käyttöä sivuvaikutusten vuoksi ja siitä syystä, että niissä pelätään olevan alkoholia. (Tiilikainen 2003, 217–218.)

5.2 Afganistan

5.2.1 Afganistanin historiaa ja kulttuuria

Afganistanin lähihistoria on poikkeuksellisen veristä. Maassa on sodittu jo kohta 30 vuotta. Afganistanin infrastruktuurin tuhoutuminen näkyy mm. alhaisena lukutaitona, vain 28 % yli 15-vuotiaista osaa lukea. (Ulkoasiainministeriö 2007.)

Neuvostoliitto miehitti maan 1979 tukeakseen Afganistanin kommunistista hallintoa. Eri islamilaiset heimot vastustivat kommunistisen hallinnon harjoittamaa politiikkaa. Vuonna 1994 esiin nousi uusi poliittinen ja sotilaallinen valta, Taliban. (Hämeen-Anttila 2004, 223–224; Wahab & Youngerman 2007, 149, 171, 205)

Sotatilán jättämät psyykkiset ja fyysiset jäljet ovat Suomeen muuttaneiden afgaanipakolaisten akuuteimpia ja vaikeimpia ongelmia. On yleistä, että pakolaisina maahamme muuttaneet afganistanilaiset ovat nähneet omia perheenjäseniään tapettavan tai katoavan. He ovat myös seuranneet, kuinka heidän kotinsa on ryöstetty tai tuhottu. Vaikka pakolaiset ovat saaneet suojan raakuuksilta ja väkivallalta, elämä oman maan ja kulttuurin ulkopuolella on stressaavaa. Myös sukulaissuhteiden menetys ja traumaattiset kokemukset ennen maasta muuttoa ja sen jälkeen ilmenevät emotionaalisina haavoina ja arpina. Massenus on yleinen psyykkinen ongelma afgaanimaahanmuuttajien parissa. (Kuchey 2005.)

Afganistanilainen kulttuuri on kollektiivinen ja patriarkaalinen. Saman perheen kaikki sukupolvet elävät yhdessä. Sukua johtaa suvun vanhin mies, patriarkka. Ennen Talibanliikkeen aiheuttamia tuhoja musiikki, laulu, tanssi ja hevospoolo kokosivat kansaa yhteen ja olivat tärkeä osa afganistanilaista kulttuuria. (Wahab & Youngerman 2007, 18.)

Lähes 100 % Afganistanin väestöstä on muslimeja. Islam säätelee voimakkaasti arjen elämää. 80 % afganistanilaisista on sunnamuslimeja. (Wahab & Youngerman 2007, 18.) Maassa asuu kymmeniä eri heimoja. Suurimmat ovat pastun kieltä puhuvat pastut ja daria puhuvat tadsekit. (Kaartinen 1996, 128.)

Islamilaisen lain tulkinnan mukaan muslimimiehellä on oikeus pitää yhtäaikaaisesti neljää vaimoa. (Hallenberg 2001.) Alkuperäisessä yhteydessään tämä lain kohta liittyi orvoiksi

jääneitten tyttölasten kohteluun. Miehet pitivät heistä huolta ottamalla heidät vaimoikseen. (Hämeen-Anttila 2004, 168.) Afganistanissa rikkaat miehet ovat voineet ottaa itselleen neljä vaimoa. Rikkaus on ollut tae siitä, että mies pystyy huolehtimaan vaimoistaan. (Wahab & Youngerman 2007, 18–23.)

Afganistanilaisten naisten tulee perinteiden mukaan käyttää *burkhaa*, jossa on silmien edessä vain pieni pitsikoristeinen ”ikkuna” mutta joka muuten peittää kasvot ja koko vartalon. Naisten asema yhteiskunnassa on toissijainen. Naisen asemaan vaikuttavat erityisesti vanhat heimoperinteet vaikka naisten kohtelu pyritäänkin laillistamaan islamiin viitaten. (Hämeen-Anttila 2004, 172.) Naisten odotetaan tottelevan isäänsä ja aviopuolisoaan. Afganistanissa naisen tulee pyytää isältään tai puolisoaltaan apua ja lupa lähes kaikkien, mitä hän haluaa tehdä kodin ulkopuolella. Äidin kuuluu olla perheen sisäinen keskushahmo. (Kuchey 2005.)

Muutto pois kotimaasta vaikuttaa usein afganistanilaisiin ihmisiin siten, että he tukeutuvat uskontoon vahvemmin ja seuraavat omia kulttuuriperinteitään vankemmin kuin kotimaassaan. Uudessa individualistisessa kulttuurissa eläminen saa afganistanilaiset etsimään itselleen tukea ja turvaa omasta kulttuuristaan. Kulttuurin perinteiden säilyttäminen ja vaaliminen voivat olla merkittäviä tekijöitä oman identiteetin säilyttämiselle. (Kuchey 2005.)

5.2.2 Afganistanilaisia käsityksiä mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta

Lipson ja Omidian (1992) haastattelivat etnografisessa tutkimuksessaan Kaliforniassa asuvia afganistanilaisia pakolaisia, joiden hoitoon he olivat osallistuneet vuosina 1985 – 1988. Haastattelut tehtiin 28 pakolaiselle, joilla oli psykosomaattisia stressioireita. Haastatteluista kävi ilmi, että suuri osa pakolaisista piti mielenterveyshäiriöiden syinä jinnihenkiä, pahaa silmää tai Jumalan rankaisua. Osa miehistä ei nähnyt yhtäläisyyksiä mielenterveysongelmien ja henkien välillä.

Islamissa sairaus ja kärsimys ymmärretään yleensä joko Jumalan koettelemuksina tai ihmisen itsensä aiheuttamina olotiloina. Jos ihminen on itse aiheuttanut kärsimyksensä, hän on myös itse vastuussa pahuudesta. (Hallenberg 2001.) Monissa muslimimaissa sairauteen etsitään syytä myös pahasta silmästä. Tällä Koraanissakin mainitulla pahalla

silmällä tarkoitetaan toisten ihmisten kateellista katsetta. Koraanin lukeminen on osa sairauden hoitamista. (Tiilikainen 2008.)

Vaikka Lipsonin ja Omidianin haastattelemat pakolaiset myönsivät, että mielenterveyden häiriöt olivat heidän keskuudessaan yleisiä, he kertoivat, että perheet turvautuivat Kalifornian terveydenhoitohenkilökunnan apuun vasta viimeisenä keinonaan. Afganistanilaiset eivät arvostaneet keskusteluja hoitohenkilökunnan kanssa ja sen tuomaa apua, vaan lääketieteen konkreettisempia muotoja kuten lääkkeitä ja kirurgiaa. Vaikka käytävissä oli paikallinen afganistanilainen psykoterapeutti, monet afgaanit olivat silti vastahakoisia käyttämään tällaista apua. He pelkäsivät menettävänsä kasvonsa kertomalla henkilökohtaisia asioitaan perheensä ulkopuolisille. Erityisesti miehille mielenterveyden häiriöihin liittyi häpeää ja niiden myöntäminen oli heikkoutta. (Lipson & Omidian 1992.)

Muutamit afganistanilaiset olivat suostuvaisia tapaamaan iranilaisia terapeutteja, koska heidän kielensä ja kulttuurinsa oli lähempänä heidän oman maansa kulttuuria. Pakolaisten mielestä kulttuurintuntemus mahdollisti ymmärtämisen. Ongelmana oli se, että useimmat iranilaiset terapeutit eivät olleet lääkäreitä eivätkä voineet määrätä lääkkeitä. Olipa afganistanilaisten pakolaisten tausta millainen hyvänsä, he arvostivat iäkästä ja samaa sukupuolta olevaa terapeuttia. (Lipson & Omidian 1992.)

Halonen ja Puhalainen (2008) tutkivat pro gradu -työssään, millaisia käsityksiä afgaanimaahanmuuttajilla oli vammaisuudesta, ja kuinka heidän maailmankatsomuksensa näkyi heidän vammaiskäsityksissään. Aineisto kerättiin haastattelemalla kieli- ja kulttuuritulkkien avulla neljää aikuista miestä ja neljää naista, jotka olivat tulleet Suomeen 2000-luvulla kiintiöpakolaisina. Yksi haastateltavista oli päässyt pois Afganistanista teini-ikäisenä, muut haastateltavat olivat asuneet maassa aikuisiällä. On siis oletettavaa, että heidän vastauksiinsa vaikutti afganistanilainen kulttuuri. Haastateltavat valittiin sellaisten afgaanipakolaisten joukosta, jotka tulkit tunsivat jo ennestään. Mukaan valikoitui eri tavoin kouluttautuneita, monen ikäisiä ja eri heimoista tulleita. (Halonen & Puhalainen 2008, 64)

Haastatellut afgaanit suhtautuivat fyysiseen vammaisuuteen positiivisemmin kuin muihin vammaisiin. Yli puolet haastatelluista ei osannut erotella mielenterveyshäiriöitä esimerkiksi älyllisestä kehitysvammaisuudesta. Lukutaidottomat naiset eivät kyenneet jä-

sentämään vammaisuuden syitä. Mielenterveyshäiriöiden syinä pidettiin mm. elämän-kohtaloa ja Jumalan sallimusta. Mielenterveyshäiriöt ja aivoperäiset vammat sekoitettiin keskenään ja niistä molemmista käytettiin samaa käsitettä (*dewoni*) ”hullu”. (Halonen & Puhalainen 2008, 80–126.)

Mielenterveyshäiriöisten käyttäytymistä kuvattiin omituiseksi ja siihen liitettiin suuri häpeä. Halosen ja Puhalaisen (2008, 142) mielestä yksi tähän vaikuttava seikka oli se, että haastatellut eivät osanneet ajatella henkisiä ongelmia sairauksina. Yksi haastatelluista toi esille käsityksensä mielisairauden tarttumisesta. Enemmistön maailmankatsomusta leimasi islam ja he olivat sitä mieltä, että apua vammaisuuteen tulisi lääketieteen ohella hakea uskonnosta. Lääketieteellisenä hoitona he mainitsivat lääkkeitä ja keskustelun terveydenhoitoalan ammattilaisen kanssa. Mikäli haastateltavat erottivat sairauteen liittyviä käsitteitä, he pystyivät kertomaan mielen sairauksiin liittyvän hoitoennusteen: sairaus on ”vielä parannettavissa”, mutta kehitysvammainen on ikuisesti ”dewona”. (Halonen & Puhalainen 2008, 80–131.)

Halosen ja Puhalaisen (2008, 128, 129) mukaan maahanmuuttajien maailmankatsomuksessa tuli esiin kollektiivisen kulttuurin piirteet, jotka ilmenivät esimerkiksi kunnian ja häpeän kokemisena yhteisöllisesti. Halosen ja Puhalaisen tekemä tutkimus tukee sitä ajatusta, että islamilaisen kulttuurin piiristä tulevilla ihmisillä perheen ja yhteisön etu menee yksilön edun edelle. Tämä seikka on tarpeellista ottaa huomioon maahanmuuttajien mielenterveyspalveluja kehitettäessä.

Kuchey toteutti kvalitatiivisen tutkimuksen vuonna 2005, jossa hän haastatteli viittä afganistanilaisia maahanmuuttajaa mielenterveyspalvelujen asiakkuudesta Suomessa. Kuchey valitsi haastateltavansa, kolme naista ja kaksi miestä, oman yhteisönsä parista. Kaikki haastateltavat kärsivät masennuksesta ja siihen liittyvistä oireista, heillä oli kokemuksia pitkäaikaisesta mielenterveyspalvelujen käyttämisestä Suomessa. Haastateltavilla oli erilaiset sosiaaliset, taloudelliset ja koulutukselliset taustat. Haastateltavien yhteinen kokemus oli, että hoitohenkilökunnalta puuttui tietoa afganistanilaisesta kulttuurista eivätkä he sen vuoksi käyttäytyneet kovin sensitiivisesti terapiatilanteissa. (Kuchey 2005.)

30-vuotias Farah, kolmen lapsen äiti, kasvatustieteen maisteri ja entinen opettaja, jonka miehen talibanit olivat siepanneet ennen Suomeen tuloa, kertoo terapiakokemuksestaan:

”Yhtenä tapaamiskertana järkytyin, kun terapeutti kysyi kaipasinko miestäni. Vastasin, että tietenkin kaipasin, olimme olleet erossa 2 vuotta. Sitten hän ehdotti minulle, että voisin hankkia poikaystävän siksi aikaa, kunnes mieheni tulisi Suomeen. Olin kamalan järkyttynyt ja yllättynyt siitä, että terapeutti voi ehdottaa jotain tuon kaltaista minulle, joka olen musliminainen ja kuulun kollektiiviseen kulttuuriin. Siitä alkaen tunsin vain haaskaavani aikaani terapeutilla käynteihin. Kuinka hän voisi auttaa minua tietämättä minusta enempää? Tapahtuman jälkeen terapiaistunnot olivat hyödyttömiä, koska koin olevani kokemattoman ihmisen hoidossa.” (Kuchey 2005.)

5.3 Iran

5.3.1 Iranin historiaa ja kulttuuria

Persia on perinteisesti ollut šaahin hallitsema monarkia. Uskonnolliset johtajat ovat aina olleet merkittävässä asemassa. Heillä on ollut suuri vaikutusvalta šaahiin, maan asioihin ja väestöön. Pahlavi-dynastian aikana (1941–1979) shaahit pyrkivät modernisoimaan Irania. Shaahien toimenpiteet tähtäsivät perinteellistä uskonnollista oppineistoa vastaan. Oppineiston ja shaahin välit tulehtuivat ja lopulta välirikko kaatoi dynastian. Ajatollah Khomeini nousi valtaan, hän toteutti poliittisen näkemyksensä eli nosti valtion ylimmäksi valvojaksi täysinoppineen lainoppineen. Tämä hallintomalli otettiin käyttöön Iranin Islamilaisen tasavallan perustuslakiin. Iranissa ylin uskonnollinen johtaja valvoo sekä armeijaa että oikeuslaitosta. (Hämeen-Anttila 2004, 190–196.)

1990-luvun puolessa välissä jyrkän islamilaisen linjan kannattajat alkoivat ryhmittyä Khamene`in ympärille. (Hämeen-Anttila 2004, 195.) Khamenei on Iranin konservatiivisen siiven johtohahmo, joka on suhtautunut suvaitsemattomasti fundamentalistiseen kritiikkiin. 2000-luvulla Iranin uskonnollinen diktatuuri on voimistunut ja johtanut uskonnollisiin vainoihin. (Lahtinen, 2008.)

Kurdit ovat maailman suurin kansa ilman omaa valtiota. Kurdistan nimi viittaa Lähi-idässä sijaitsevaan kurdien asuttamaan alueeseen. Kurdistanilla ei ole tarkkoja rajoja, siihen kuuluu osa Turkista, Syyriasta, Irakista, Iranista, Azerbaidzanista ja Armeniasta.

Kurdeja arvioidaan olevan maailmassa 27–36 miljoonaa. (Ulkoasiainministerö 2009.) Kurdeja on Iranissa 1–4 miljoonaa, Iranin kurdien demokraattisen puolueen tilastojen mukaan kurdeja on iranilaisista 17 %. (Lepoluoto 2009; Yildiz 2006, 39.)

Almaspour tutki väitöskirjassaan (2005) erityisesti naisen asemaa ja oikeuksia Iranissa. Tutkimus käsittelee laajasti myös Iranin yhteiskuntaa, kulttuuria ja sen politiikkaa. Tutkimuksesta käy ilmi, että Iranissa ei ole helppo toimia politiikassa varsinkaan toisinajattelijana. Valtion keinot kontrolloida ja rajoittaa poliittista toimintaa ovat mm. vankila, kidutus ja murhaaminen. Tämän vuoksi kansalla ei ole mahdollisuutta kertoa vapaasti omia mielipiteitänsä. Iranin Kurdistanissa on jatkunut sisällissota vuoden 1979 vallankumouksesta asti. Iranin vallanpitäjät eivät koskaan ole hyväksyneet kurdien oikeuksia omaan kieleen ja kulttuuriin. (Almaspour 2005, 7–13.)

Euroopan parlamentti toteaa yhteisessä päätöslauselmaesityksessään 14.1.2009, että yleinen ihmisoikeustilanne Iranissa on edelleen huonontunut vuoden 2005 jälkeen. Kansalaisoikeuksia ja poliittista vapautta ei enää ole. (Euroopan parlamentin päätöslauselmaesitys 2009.)

Kurdit ovat perinteisesti asuneet maaseudulla, jossa toimeentulo on vaatinut kovaa työtä. Kurdeilla ei ole yhtä yhteistä kieltä. Iranin kurdit puhuvat kurmandzia ja soraniaa. Näissä murteissa on niin paljon yhteistä, että puhujat yleensä ymmärtävät toisiaan. (Yildiz 2006, 38.)

Iranissa naisen asema on ollut Aasian ja Afrikan yleiseen tasoon verrattuna suhteellisen hyvä. Naisten koulutustaso on ollut korkea, yliopisto-opiskelijoista naisia oli 2000-luvun alkupuolella 60 %. (Hämeen-Anttila 2004, 171.) Nykyiset Iranin fundamentalistiset islamilaiset ovat naista koskeissa asioissa hyvin tiukkoja. Heidän toimintansa on ollut naisten toiminnan ja yhteiskunnallisen aktiivisuuden estämistä. Nainen alistetaan islamin opin nimissä. (Almaspour 2005, 376.)

5.3.2 Iranilaisia käsityksiä mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta

Kermanin yliopiston psykiatrit Alireza Ghaffari-Nejad, Mohammad-Reza Kashani ja psykiatrisen osaston hoitaja Fatemeh Pouya (2003) toteavat tutkimuksessaan ”Iranilaisten mielenterveyspotilaiden taikauskoiset uskomukset”, että taikausko on yleistä Iranissa ja se sekoittuu joskus uskontoon liittyvien uskomusten kanssa. Tutkimus toteutettiin Beheshtin psykiatrisessa sairaalassa Kermanissa Iranissa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, missä määrin psykiatrisilla potilailla on taikauskoisia uskomuksia. Tutkimukseen osallistui 99 sairaalassa vuonna 2000 ollutta potilasta, jotka olivat iältään 17–70-vuotiaita. Aineisto kerättiin psykiatrisia potilaita varten suunnitellulla kyselylomakkeella ja kyselyä tukevalla haastattelulla. (Ghaffari-Nejad, Pouya & Kashani 2003.)

Jotkut potilaat selittävät oireensa taikauskoisilla uskomuksilla. Nämä uskomukset estävät heitä hyötymästä lääketieteellisestä avusta. He lopettavat lääkityksensä ja kääntyvät perinteisen parantajan puoleen tai etsivät taikauskoisia hoitoja itselleen. (Ghaffari-Nejad, Pouya & Kashani 2003.)

Iranissa taikausko on yhteydessä uskontoon ja perinteiset parantajat sotkeutuvat psykiatristen potilaiden hoitamiseen. Perinteinen parantaja sekoittaa uskontoon ja taikauskoon liittyviä uskomuksia toisiinsa ja käyttää parannuskeinoina rukouksia ja amuletteja. Psykykkisesti sairaat ihmiset, jotka uskovat, että heidän sairautensa on aiheuttanut paho-lainen tai se, että heidän ravintoonsa on sekoittunut maagisia materiaaleja, turvautuvat parantajaan. Taikauskoiset uskomukset saattavat lykätä psykiatrisen hoidon tehokkuutta. Perinteiset parantajat saattavat myös neuvoa lopettamaan psykiatrisen hoidon ja aiheuttavat näin vahinkoa potilaalle. (Ghaffari-Nejad, Pouya & Kashani 2003.)

Ghaffari-Nejadin, Pouyan ja Kashanin (2003) mukaan heidän tutkimukseensa osallistuneesta 99 potilaasta 77,8 % uskoi taikauskoisiin selityksiin sairautensa syistä. 60,7 % potilaista oli hakenut sairauteensa jonkinlaista hoitoa taikauskon piiristä. Miehistä 88,4 % ja naisista 65,9 % uskoi taikauskoisiin uskomuksiin. Ero miesten ja naisten välillä oli merkittävä. Myös taikauskoisiin hoitoihin hakeutuminen oli miesten keskuudessa yleisempää kuin naisilla. Potilaat, joilla ei ollut psykoottisia piirteitä, antoivat sairauksilleen

enemmän taikauskoisia selityksiä kuin psykoottiset potilaat. Korkeammin koulutetut ihmiset selittivät sairauksiaan harvemmin taikauskon aiheuttamiksi kuin alemman koulutuksen saaneet. (Ghaffari-Nejad, Pouya & Kashani 2003.)

Taikauskoiset uskomukset psyykkisten sairauksien syinä näyttävät olevan Iranissa yleisiä. Ghaffari-Nejad, Poya & Kashani (2003) tulokset osoittivat, että taikausko sairauksien selittäjänä on suurempi kuin kliinisten kokemusten perusteella olisi osattu arvioida ja suurempi kuin vastaavat eri maissa tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet. Mielenkiintoista oli myös se, että miehet turvautuivat taikauskoisiin uskomuksiin naisia useammin. Tämä saattaa selittyä otokseen liittyvällä sattumalla tai sillä, että tässä yhteiskunnassa miehet uskovat naisia yleisemmin taikauskoisiin selitysmalleihin. Tämä tutkimus toteutettiin vain yhdessä Iranin maanosassa ja siihen osallistuivat vain sairaalahoidossa olevat potilaat, joten tutkimustulosten yleistettävyyteen on suhtauduttava varoen. (Ghaffari-Nejad, Pouya & Kashani 2003.)

Hämäläinen-Kebede tutki terveystieteiden pro gradu -tutkielmassaan (2003) Suomessa asuvien kurdipakolaisten terveystietoisuutta ja heidän käsityksiään omasta terveydestään. Lisäksi työssä kuvaillaan niitä tekijöitä, jotka kurdipakolaisten mielestä vaikuttavat terveyteen Suomessa. Tutkimuksen aineisto koostui kymmenen kurdipakolaisen (kolmen naisen, seitsemän miehen) haastattelusta, joista puolet suoritettiin tulkin avulla. Naimisissa olevien naisten miehet halusivat olla haastattelutilanteessa mukana. Haastateltavat olivat iältään 20–40-vuotiaita, seitsemän heistä oli ollut Suomessa 2–4 vuotta, kolme 4–8 vuotta. Yhdeksän haastatellusta oli kotoisin Iranista, yksi Irakista. (Hämäläinen-Kebede 2003, 2–24.)

Haastatelluilla ihmisillä oli ahdistukseen ja masennukseen liittyviä oireita, kuten päänsärkyä, univaikeuksia, selkäkipuja, iho-ongelmia ja hengenahdistusta. Haastatellut kuvaivat psykosomaattisia oireitaan konkreettisilla käsitteillä: huolet painavat mieltä, ei voi olla kauaa metelissä, ei voi olla kauaa isossa joukossa, huono näkö, selkäkipu, sukupuoli-identiteettivaikeuksia on kidutuksen aiheuttamia vaivoja. Haastateltavat pitivät oireidensa syynä kulttuurisokkia, pakolaisuutta, vankilamuistoja, sukulaisten kärsimyksiä ja kurdien huonoa tilannetta kotimaassa, arkielämän vaikeuksia uudessa kulttuurissa ja muukalaisvastaisuutta Suomessa. (Hämäläinen-Kebede 2003, 21–35, 50–51.)

Hämäläinen-Kebeden (2003, 47) haastattelemat kurdipakolaiset olivat halukkaita saamaan terveysneuvontaa lääkäriltä ja terveydenhoitajalta. Yksi haastatelluista kuvaa terveysneuvonnan tarvetta näin:

”Tämä tiedon saanti on kyllä tosi tärkeää. Kurdilaiset ei tiedä paljon mitään sairauksia sillei. Ja ne ei osaa pysyä niinku kaukana niistä sairauksista, jos ne ei ite tiedä niitten nimet ja mistä ne tulee ja tämmöset.”

5.4 Turkki

5.4.1 Turkin historiaa ja kulttuuria

Turkin tasavalta perustettiin 1923. Silloisen Turkin nationalistijohtajana toimi Mustafa Kemal Atatürk. Atatürk seuraajineen kehitti kansallisuusaatteen, jonka perusajatuksena oli kansallisvaltio. Päämääränä oli keskitetty ja etnisesti yhtenäinen maa, jossa kaikilla olisi turkkilainen identiteetti. Turkkilaisen identiteetin saavuttaminen edellytti muiden identiteettien hävittämistä. Kaakkois-Turkin kurdien sulauttaminen valtaväestöön muodostui vaikeaksi ja veriseksi tehtäväksi. (Yildiz 2006, 49.)

Vaikka kurdisota päättyi virallisesti vuonna 1999, yltyivät väkivaltaisuuDET Kaakkois-Turkin kurdialueilla jälleen vuonna 2004. Vuodesta 2002 Turkkiä on johtanut islamilais-taustainen Oikeus- ja kehityspuolueen (AKP) yksipuoluehallitus, joka on saanut talouden huimaan nousuun. Hallitus on ajanut määrätietoisesti Turkkiä EU:n jäseneksi. (Leinonen, Kojo, Nousiainen ym. 2007, 29.) Vaikka Turkin lainsäädäntöä ja käytäntöjä on muutettu demokraattisempaan suuntaan, Turkin ihmisoikeuksiin kohdistuu jatkuvaa kritiikkiä. Kritiikkiä ovat esittäneet muun muassa Euroopan ihmisoikeustuomioistuin, Euroopan neuvoston kidutuksen vastainen komitea ja EU komissio. (Yildiz 2006, 49–50.) Turkissa työmahdollisuudet ja tulot ovat jakaantuneet erittäin epätasaisesti. Talouselämä ja teollisuus ovat keskittyneet maan länsiosiin. Korkea varallisuus ja kouluttautuneisuus kulkevat käsi kädessä. (Gültekin & Yilmaz 2007.)

Vuoden 1923 Lausannen sopimuksen mukaan vähemmistöjen määrittelyssä on käytetty kolmea kriteeriä: etnisyys, kieli ja uskonto. Turkki ei kuitenkaan ole hyväksynyt näitä

kriteerejä, vaan määrittelee vähemmistöiksi vain ei-islamilaisten vähemmistöt. Vain näiden vähemmistöjen asema on kansainvälisesti turvattu. Vähemmistöjä ja siten myös kulttuurisia oikeuksia koskeva lainsäädäntö on Turkissa edelleen kiistanalainen kysymys. Turkin perustuslaissa määritellään Turkin valtio, alue ja kansakunta jakamattomaksi kokonaisuudeksi, jonka kieli on turkki. (Oran 2007.)

Turkki on aina ollut monikulttuurinen maa. Jo Osmanien valtakunnan ajoilta asti tiedetään Turkissa eläneen yli 70 vähemmistöä. Turkissa uskonto on ollut vähemmistöjä määrittelevä ominaisuus. Islamia tunnustaville armenialaisille, kreikkalaisille, kurdeille, arabeille ja alevimuslimeille ei ole myönnetty vähemmistöoikeuksia. Kurdit ovat Turkin suurin etninen vähemmistö. (Oran 2007.)

Kurdit ovat perinteisesti asuneet maan etelä- ja itäosan vuoristoilla maaseuduilla. Toimeentulonsa he ovat saaneet lampaiden ja vuohien kasvattamisesta. Turkissa kurdien kielenä on yleensä kurmandzia. Enemmistö turkkilaisista kurdeista on sunnamuslimeja. Kurdeja arvioidaan olevan n. 20 % turkkilaisista. Vainojen seurauksena köyhyys ja lukutaidottomuus ovat yleisiä ilmiöitä kurdien keskuudessa. (Yildiz 2006, 38–39, 49.)

Avioliittokäytänteet eroavat toisistaan maan eri osista riippuen. Maan itäosissa noudatetaan perinteistä kumpuavia järjestettyjä avioliittoja ja moniavioisuutta. Vaikka moniavioisuus kiellettiin Turkissa vuonna 1926, yli 10 % Kaakkois- ja Itä-Anatolian avioliitoista on moniavioisia. (Kerestecioglu 2007.)

Jo Turkin modernisaatioprosessin aikana korostettiin koulutuksen merkitystä. Turkissa tyttöjä ja poikia opetetaan rinnakkaisopetuksessa. Naiset suorittavat entistä enemmän myös akateemisia tutkintoja. Vaikka osalla kansasta ja naisista asiat ovat hyvin, on naisten lukutaidottomuus erityisesti yhä suuri ongelma Turkissa. (Kerestecioglu 2007.)

5.4.2 Turkkilaisten käsityksiä mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta

Minas, Klimidis & Tuncer (2007) viittaavat Turkissa 1980-luvun lopussa ja 1990-luvun alussa tehtyihin tutkimuksiin, joissa tutkittiin erityisesti turkkilaisen maaseutuväestön käsityksiä mielenterveyden häiriöiden syistä. Näiden tutkimusten (Eskin 1989; Karanci

1986, 1988, 1993, 1995; Ozturk 1964, 1965) mukaan maaseudun väestön keskuudessa oli edelleen paljon traditionaalisia uskomuksia mielenterveyden häiriöiden syistä ja hoidoina käytettiin maagis-uskonnollisia keinoja. Traditionaaliset uskomukset liittyivät islamiin ja niillä tarkoitettiin esimerkiksi Jumalan tahtoa, *jinni*-henkiä tai pahaa silmää, johon uskominen oli yleistä. (Minas, Klimidis & Tuncer 2007.)

Turkiksi pahan silmän nimi on *nazar*. Ajatuksena on, että katse voi kirotta ihmisen. Myös kadehditukseksi tai kehuksi tuleminen voi aiheuttaa yhtä vahvan kirouksen. Kirous sairastuttaa ihmisen tai tuottaa hänelle epäonnea. Arabian ja Aasian kulttuureissa paha silmä yhdistetään mielisairauteen. Lapsia suojellaan pahalta silmältä maalaamalla heidän silmiensä alle mustat reunukset. Turkissa on käytössä sininen amuletti, johon maalataan silmä. Tämän katsotaan olevan suoja kirousta vastaan. (Schubert 2007, 129.)

Minas, Klimidis ja Tuncer (2007) tutkivat Australian Melbournessa, millaisia käsityksiä turkkilaisilla maahanmuuttajilla oli somaattisten sairauksien ja mielenterveyden häiriöiden syistä. Otokseen kuului 444 turkkilaista Melbournessa asuvaa maahanmuuttajaa. Haastatelluista 213 oli miehiä ja 231 naisia. Haastatteluun osallistuneiden ihmisten keskiarvoikä oli 36,9 vuotta. 46 % tutkimukseen osallistuneista oli käynyt perusasteen koulutuksen tai vähemmän, noin 40 %:lla oli lukio-astetta vastaava koulutus ja noin 13 %:lla oli lukiotasoa korkeampi koulutus. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista maahanmuuttajista oli saapunut Australiaan vuoden 1979 jälkeen. 53 % haastatelluista kertoi kärsivänsä somaattisista tai mielenterveyden sairauksista, 18 % kertoi olevansa kykenemättömiä tekemään työtä. (Minas, Klimidis & Tuncer 2007.)

Tutkijat luokittelivat aikaisempien tutkimusten perusteella sairauksien syyt kahteen pääluokkaan luonnollisiin ja yliluonnollisiin syihin. Luonnollisia syitä olivat esimerkiksi stressi, tulehdus, ikääntymiseen liittyvät kulumat ja rappeutuminen. Yliluonnollisiin syihin kuuluivat esimerkiksi kohtalo, mystinen rangaistus, maagiset syyt. Tutkimustulosten mukaan turkkilaiset maahanmuuttajat löysivät sairauksille enemmän luonnollisia kuin yliluonnollisia syitä, joskin yliluonnollisiakin selitysmalleja löytyi. Yliluonnolliset syyt yhdistettiin mielenterveyden sairauksiin. Somaattisten sairauksien syinä ei pidetty yliluonnollisia syitä. Tosin kohtaloa pidettiin syynä sekä somaattisiin että mielenterveyden sairauksiin. Psykykinen stressi ja erilaiset tapahtumat elämässä olivat haastateltujen mielestä tavallisimpia syitä mielenterveyden sairauksiin. (Minas, Klimidis & Tuncer 2007.)

Naisilla oli miehiä enemmän yliluonnollisia uskomuksia ja varsinkin kohtaloon uskominen oli yleisempää naisilla kuin miehillä. Iällä ei ollut suurta merkitystä siihen, mitä tutkimukseen osallistuneet maahanmuuttajat pitivät sairauksien syinä. Kuitenkin vanhemmilla ihmisillä oli nuoria enemmän taipumus uskoa erityisesti kohtaloon. Korkea koulutus korreloi sairauksien luonnollisten syiden kanssa. (Minas, Klimidis & Tuncer 2007.)

Tutkijoiden mielestä turkkilaisten maahanmuuttajien käsitykset kertovat nykyaikaistumisesta ja siitä, että maahanmuuttajat ovat sopeutumassa uuteen kulttuuriin. Vaikka maahanmuuttajien kulttuuri on uudessa maassa toisenlainen kuin kotimaassa, esiintyy traditionaalisia uskomuksia siitä huolimatta. Traditionaalisten uskomusten muuttuminen vaatii kokemuksia uudesta kulttuurista ja erilaisesta terveydenhoitojärjestelmästä. Myös länsimaiseen ajatteluun perustuvan hoitomallin pitäisi toimia joustavammin ja hyödyntää täydentäviä hoitomuotoja traditionaalisesta kulttuurista mikäli ne eivät ole ristiriidassa ammatillisen tiedon kanssa. (Minas, Klimidis & Tuncer 2007.)

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä kappaleessa tarkastelen opinnäytetyöni tuloksia suhteessa opinnäytetyöni tehtäviin ja tavoitteisiin. Lisäksi pohdin opinnäytetyöprosessia eettisyyden ja luotettavuuden näkökulmasta.

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Kaikessa tutkimustoiminnassa pyritään luonnollisesti välttämään virheitä, joten jokaisessa tutkimuksessa tulee pohtia kyseisen tutkimuksen luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 131.)

Hyvän tieteellisen käytännön laiminlyömistä ovat esimerkiksi muiden tutkijoiden osuuden vähättely, puutteellinen viittaaminen aiempiin tutkimustuloksiin, tutkimustulosten huolimaton ja harhaanjohtava raportointi sekä tulosten puutteellinen kirjaaminen. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 130.) Hakiessani tietoa käytin aiheitani käsitteleviä tutkimuksia kattavasti ja monipuolisesti. Esimerkiksi vieraskielisen aineiston käyttämättä jättäminen olisi tehnyt työstäni hyvin yksipuolisen ja suppean. Pyrin kääntämään ja kirjoittamaan vieraskielistä kirjallisuutta selkeästi ja tarkasti. Tehtävä oli haasteellinen erilaisten lauserakenteiden vuoksi.

Teoreettista työtä arvioidaan erityisesti lähdeaineiston perusteella. Lähteiden täytyy olla aiheen kannalta keskeisiä ja lähdeviitteiden relevantteja. Teoreettisessa analyysissä korostuu, kuka on sanonut, mitä ja milloin on sanonut. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 21.) Jotta työni täyttäisi kirjallisuuskatsauksen edellytykset, olen pyrkinyt tarkastelemaan lähdeaineistoa kriittisesti ja käyttänyt työni lähteinä ajankohtaisia tieteellisiä artikkeleja ja uusia Suomessa tehtyjä opinnäytetöitä, pro gradu -tutkimuksia, oppikirjoja ja muita alan teoksia. Lähteiden valinnassa kiinnitin huomiota lähteiden luotettavuuteen ja tuoreuteen. Ongelmaksi muodostui työskentelyni pitkäkestoisuus. Aineistonkeruu tapahtui alkuvuodella 2008, jolloin aloin myös analysoida aineistoa. Aineistoni koostuessa kansainvälisistä ja kotimaisista tutkimuksista, on selvää, että uutta tietoa julkaistaan koko ajan lisää. Tällöin analysointivaiheen pitkittyessä jouduin vetämään rajan aineistonkeruuvaiheelle. En tehnyt uusia hakuja enää helmikuun 2009 jälkeen.

Aineiston luotettavuutta jouduin pohtimaan myös iranilaisten mielenterveyspotilaiden taikauskoisia uskomuksia käsittelevän artikkelin kohdalla. Artikkelissa raportoitiin iranilaisessa psykiatrisessa sairaalassa hoidossa olevien ihmisten käsityksiä mielenterveydestä. Tällöin mahdolliset maahanmuuttoprosessin mukanaan tuomat muutokset käsityksissä ja maailmankatsomuksessa eivät ole täysin kattavasti huomioituna työssäni. Opinnäytetyön tehtävänä oli kartoittaa islamilaisista kulttuureista tulevien maahanmuuttajien käsityksiä mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta. Maahanmuuttaja- käsite sisältää kuitenkin myös ne henkilöt, jotka eivät ole vielä ehtineet tutustua uuden maansa kulttuuriin, eikä maahanmuuttoprosessi ole vielä muokannut heidän käsityksiään. Tällöin opinnäytetyöni tehtävänannon kannalta ei olisi ollut mielekästä jättää käyttämättä tutkimusta, joka vastasi muuten tutkimuskysymykseeni.

6.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyöni tehtävänä oli selvittää kirjallisuuden pohjalta, millaisia käsityksiä islamilaisista kulttuureista tulevilla maahanmuuttajilla on mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta. Olen esitellyt edellä neljän eri islamilaisen maan kansalaisten näkökulmia mielenterveyden häiriöihin ja niiden hoitoon. Schubertin (2007, 70) mielestä maailmankatsomus luo pohjan käsityksille hoidosta, hoidon tarpeesta ja hoidon tuloksellisuudesta. Myös tämä opinnäytetyö osoittaa islamilaisten käsitysten poikkeavan perinteisistä länsimaisista näkemyksistämme. Vaikka tässä työssä kaikkien esimerkkimaiden kansalaisten maailmankatsomus pohjautui islamiin, voidaan maiden välillä kuitenkin nähdä kulttuuriin sidoksissa olevia eroja. Selvimmin kulttuurisidonnaisuus on havaittavissa somaleilla. Heidän kohdallaan maahanmuutto on tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella muokannut ainakin käsityksiä hoitotavoista. Somalit hyväksyvät länsimaisia hoitotapoja, joskin he ovat valmiita tarvittaessa jopa matkustamaan omaan maahansa perinteisen parantajan hoitoon (Guerin, Guerin, Diiriye & Yates 2004; Tiilikainen 2003, 219–223).

Kaikkien maiden tutkimustuloksista on havaittavissa, että islamiin tukeutuminen oli mielenterveyshäiriöiden yhteydessä yleistä ja sitä pidettiin yhtenä selviytymiskeinona. Ihmisen kokemus oman uskon lujudesta antaa hänelle voimaa sietää vastoinkäymisiä ja

vaikeuksia ja auttaa sijoittamaan ne omaan elämänhistoriaan kuuluviksi (Schubert 2007, 138).

Kulttuuriin liittyvät käsitykset psyykeen ongelmista ovat osa ihmisen maailmankatso-
musta. On tyypillistä, että länsimainen näkökulma erottelee mielen ja kehon, kun taas
aasialainen näkökulma on holistinen, jossa mieli ja keho nähdään yhtenä kokonaisuute-
na. (Schubert 2007, 63.)

Raudan (2005) mukaan muslimille länsimaisessa lääketieteessä vallitseva yksilöllinen
näkökulma on täysin vieras. Vahvan kollektiivisen identiteetin omaavat ihmiset eivät
miellä itseään yksilöiksi ja puhuvatkin itsestään usein me-muodossa. (Rauta 2005.) Per-
he haluaa osallistua potilaan hoitamiseen ja olla läsnä vastaanotoilla ja hoidoissa. (Tiili-
kainen 2008.) Länsimaisessa hoitokulttuurissa on totuttu siihen, että ihmisiä ohjataan
hakemaan apua yksilönä, ei oman perheensä ja lähipiirinsä kanssa. Kulttuurin merkitys
on jäänyt sivuosaan, koska teoriat ja menetelmät on kehitetty länsimaisen kulttuurin si-
sällä. (Schubert 2007, 38.)

Hoitomalli, jossa otetaan huomioon potilaan kulttuuristausta sekä hänen käsityksensä
mielenterveyden häiriöistä, tuottaa luottamusta ja auttaa hoitosuhteeseen sitoutumista.
Potilaan omaan kulttuuriin sopivia hoitokäytänteitä voidaan osittain soveltaa länsimai-
siin hoitokäytänteisiin. On kuitenkin tärkeää huomioida hoitajan omaan kulttuuriin liit-
tyvät eettiset ja tieteelliset rajoitukset. (Khalifa & Hardie 2005; Schubert 2007, 73.) Mo-
nikulttuuristuva Suomi haastaa hoitoalan koulutuksesta vastaavat tahot tarjoamaan täy-
dennyskoulutusta hoitohenkilöstölle monikulttuurisuudesta ja sen mukanaan tuomista
muutoksista työssä.

Potilaan aktiivinen kuunteleminen on hoitosuhteen perusta. Vain kyselemällä ja kuunte-
lemalla on mahdollista saada riittävästi tietoa potilaan elämästä ja ongelmista. Hoitohen-
kilökunta tarvitsee tähän aikaa. Kiire estää hoitosuhteen rakentumisen. Kun hoitaja on
kiinnostunut potilaan kulttuuristaustasta ja kokemuksista, tämä parantaa potilaan itsetun-
toa ja edistää toipumista. (Halla 2007.)

Työskentely maahanmuuttajien kanssa vaatii rohkeutta asettaa itsensä alttiiksi uusille
asioille. Liika virallisuus estää usein luottamuksellisen hoitosuhteen syntymisen. Pako-

laisena kotimaastaan lähtemään joutunut ihminen on erittäin herkkä havaitsemaan häneen kohdistuneen epäluulon tai ylenkatseen. Hoitajan olisi kyettävä näkemään oma kulttuurinsa ja muut kulttuurit erilaisina mutta samanarvoisina. Tämä mahdollistaa tasa-arvoisen keskustelun, ja maahanmuuttajapotilas uskaltaa helpommin ottaa esille myös arkaluonteisia asioita. (Halla 2007.)

Kirjallisuuskatsauksen pohjalta on selvää, että kollektiivisen kulttuurin piiristä tulevan potilaan hoitamiseen kannattaa ottaa mukaan hänen läheisiään, mikäli se vain on mahdollista. Vaikka ryhmän vaatimukset kollektiivisessa kulttuurissa ovat tiukat, ryhmää ei yleensä koeta vankilaksi vaan lämmön lähteeksi ja ihmisen perusturvan takaajaksi (Kauhanen 2002).

Opinnäytetyön tarkastelun kohteena olevien maiden kansalaisten mielenterveyskäsityksistä löytyy paljon keskinäisiä yhtäläisyyksiä, mutta myös eroja. Käsitykset vaihtelevat maakohtaisesti, mutta yhdistäviä tekijöitäkin löytyy. Islamilla on huomattava vaikutus käsityksiä yhdistävä tekijänä. Koraanista haetaan usein apua ongelmiin.

Aineiston pohjalta on huomattavissa henkimaailman merkitsevyys. Erityisesti Jinnihengen vaikutus mielenterveyden häiriöiden syntyyn toistuu aineistossa jokaisen maan kohdalla. Myös kohtalon ja Jumalan tahdon uskotaan olevan merkityksellisessä roolissa puhuttaessa mielenterveyden ongelmista.

Monessa tutkimuksessa todetaan, että keskusteluja hoitohenkilökunnan kanssa ei koettu ensisijaisena hoitomuotona. Vieraan henkilön kanssa keskustelu henkilökohtaisista asioista koettiin vaikeana ja siihen liittyi pelkoa kasvojen menettämisestä. Somalialaiset haastatellut ilmaisivat myös huolensa siitä, että länsimaiset mielenterveysalan ammattilaiset keskittyivät heidän mielestään liikaa menneisyyden kokemuksiin, sen sijaan että olisi paneuduttu nykyhetken tilanteeseen (Guerin, Guerin, Diiriye & Yates 2004). Toisaalta Iranin kurdeja koskevassa haastattelututkimuksessa tuotiin ilmi toiveita saada hoitohenkilökunnalta terveysneuvontaa erilaisiin mielenterveyden ongelmiin (Hämäläinen-Kebede 2003, 47).

Erilaisten mielenterveysongelmien erottelua ei tehty länsimaisen lääketieteen tapaisesti. Perinteisesti lievempinä pidettyjä mielenterveyden ongelmia kuten masennusta, ahdistusta ja stressiä ei koettu ongelmina, joiden takia kannattaisi hakeutua avun piiriin, vaan

usein ne koettiin osaksi normaalia elämää. Mielenterveyden ongelmia kuvattiin usein konkreettisin ilmaisuin ja somaattisten oireiden kuvailu tässä yhteydessä oli yleistä.

Perheen rooli potilaan hoitoon osallistumisessa koettiin tärkeäksi. Ongelmien hoidon kannalta koettiin tärkeäksi perheen mahdollisuus osallistua hoitoprosessiin sekä keskusteluihin hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä.

LÄHTEET

- Aallas, E. 1991. Somalishokki. Suomen pakolaisavun julkaisut. Jyväskylä: Gummerus.
- Aghazarian, D. 2006. Mielenterveys ja moninaistuva Suomi -seminaari 14.11.2006 Joensuu, Karjalantalo. Joensuun yliopiston täydennyskoulutuskeskus/ KOODI Maahanmuuttajatyön koordinoitiprojekti sekä Sairaanhoidajaliitto/ Pohjois-Karjalan Sairaanhoidajat ry:n Monikulttuurisen hoitotyön työryhmä. Luettu 30.1.2009.
http://tkk.joensuu.fi/projektit/koodi/karjalan_talo141106.pdf.
- Almaspour, A. 2005. Iranin naisten asema. Oikeudet ja poliittinen toiminta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Poliitiikan tutkimuksen laitos.
- Bergbom, B. & Riala, R. 2007. Terveystuollon ja maahanmuuttajien kohtaaminen. Työterveyslaitoksen raportti Monikulttuurisuus työn arjessa. Työministeriö. Helsinki, 155–175.
- Bräysy, K. 2006. Sairaanhoidajien kokemuksia maahanmuuttajien mielenterveysongelmien hoitamisesta. Opinnäytetyö. Pirkank.
- Eskola, J. & Suoranta J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere. Vastapaino.
- Euroopan parlamentin yhteinen päätöslauselmaesitys 14.1.2009. Luettu 24.2.2009.
<http://www.europarl.europa.eu>.
- Ghaffari-Nejad, A., Poya, F. & Kashani, M-R. 2003. Superstitious beliefs among psychiatric patients in Kerman, Iran. *Archives of Iranian Medicine* 6 (3). 184–188.
- Guerin, B., Guerin, P., Diiriye, R. O. & Yates, S. 2004. Somali conceptions and expectations concerning mental health: some guidelines for mental health professionals. *New Zealand Journal of Psychology* 33 (2), 59–67.
- Gültekin, N. & Yilmaz 2007. Talous EU-jäsenyyden kynnyksellä. Teoksessa Leinonen, A., Kojo, T., Nousiainen, M., Peltonen, S. & Taino, L. 2007. *Turkki. Euroopan rajalla*. Tampere: Tammer-Paino, 201–221.
- Halla, T. 2007. Psyykkisesti sairas maahanmuuttaja. *Duodecim* 123, 469–475.
- Hallenberg, H. 2001. Miten elää muslimina. Islamilainen identiteetti. Teoksessa Palva, H. & Perho, I. (toim.) *Islamilainen kulttuuri*. Keuruu: Otava, 12–61.
- Halonen, M. & Puhalainen, L. 2008. Maailmankatsomuksellinen näkökulma afgaanimaahanmuuttajien vammaiskäsityksiin. Jyväskylän yliopisto. Opettajankoulutuslaitos. Kasvatustieteen pro gradu -tutkielma.
- Hofstede, G. 1980. *Culture`s consequences. International differences in work-related values*. London: Sage.
- HYKS. 2006. Monikulttuurinen hoitomalli. Psykiatriakeskus. Helsinki.

Hämeen-Anttila, J. 2004. Islamin käsikirja. Helsinki: Otava.

Hämäläinen-Kebede, S. 2003. Maahanmuuttajien terveyden edistäminen. Esimerkkinä kurdipakolaiset. Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitos.

Kaartinen, L. 1996. Lastenlääkärin sotapäiväkirja. Hämeenlinna: Karisto.

Kauhanen, E. 2002. Lännen sankari on idän luuseri. Kulttuurien törmäyksessä lännen individualismi kalahtaa idän yhteisöllisyyteen. Tiede 5, 18–25.

Kerestecioglu, I. 2007. Naisen paikka: saavutuksia ja ongelmia. Teoksessa Leinonen, A., Kojo, T., Nousiainen, M., Peltonen, S. & Tainio, L. 2007. Turkki. Euroopan rajalla. Tampere: Tammer-Paino, 341–360.

Khalifa, N. & Hardie, T. 2005. Possession and jinn. Journal of the Royal Society of Medicine 98, 351–353.

Kielitoimiston sanakirja 2008. Kotimaisten kielten tutkimuskeskus. Sanakirjat. Luettu 25.12.2008
<http://www.kotus.fi>.

Kuchey, L. 2005. Afghan immigrants' practical experiences in receiving mental health services in Finland. In K. Clarke The problematics of well-being: Experiences and expectations of migrants and new finns in the finnish welfare state. University of Tampere. Department of Social policy and social work. Research Reports Series A 9: 77–108.

Kääriäinen, M & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 1, 37-45.

Lahtinen, S. 2008. Iranin parlamenttivaalit ovat Ahmadinejadin koe. Helsingin Sanomat 14.3.2008. Luettu 25.1.2009.
<http://www.hs.fi>.

Leinonen, A., Kojo T., Nousiainen, M., Peltonen, S. & Tainio, L. 2007. Turkki. Euroopan rajalla? Johdanto. Tampere: Tammer-Paino.

Lepoluoto, J. 2009. Islamilainen tasavalta kuristaa vähemmistöjä. Iranin kurdit: Teheranin hallinto on lakkauttanut lehtiä ja tuominnut toimittajia kuolemaa. Keskisuomalainen 29.1.2009.

Lewis, I. 2008. Understanding Somalia and Somaliland. London: Hurst & Company.

Lipson, J. & Omidian, P. 1992. Cross-cultural medicine a decade later health issues of afgan refugees in California. West Journal Medicine 157 (3), 271–275.

Luhtasaari, S. 2005. Diagnoosi jäsentää masennusta. Terveyskirjasto. Luettu 23.09.09.
www.terveyskirjasto.fi.

Lönnqvist, J. 2007. Mielenterveyden häiriöiden luokittelu ja diagnostiikka. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus, 47–51.

Maahanmuuttovirasto. Sanasto: pakolainen, turvapaikanhakija. Luettu 26.12.2008. <http://www.migri.fi>.

Maahanmuuttovirasto. Tilastot: 2008b : ulkomaalaiset Suomessa. Luettu 24.12.2008 <http://www.migri.fi>.

Martikainen, T. 2008. Muslimit suomalaisessa yhteiskunnassa. Teoksessa Martikainen, T., Sakaranaho, T. & Juntunen, M. (toim.) Islam Suomessa. Muslimit arjessa, mediassa ja yhteiskunnassa. Porvoo: WSOY, 62–80.

Martikainen, T., Sakaranaho, T. & Juntunen, M. 2008. Esipuhe. Teoksessa Martikainen, T., Sakaranaho, T. & Juntunen, M. (toim.) Islam Suomessa. Muslimit arjessa, mediassa ja yhteiskunnassa. Porvoo: WSOY, 7–10.

Mervola, P. 2009. Somalian uuvuttava sekasorto jatkuu. Pääkirjoitus. Keskisuomalainen 19.1.2009.

Minas, H., Klimidis, S. & Tuncer C. 2007. Illness causal beliefs in turkish immigrants. *Psychiatry* 7(34). Tulostettu 26.2.2009. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1959227>.

Mölsä, M. & Tiilikainen, M. 2007. Potilaana somali – Auttaako kulttuurinen tieto lääkärin työssä? *Duodecim* 123 (14), 451–456.

Oran, B. 2007. Vähemmistöraportti. Teoksessa Leinonen, A., Kojo, T., Nousiainen, M., Peltonen, S. & Taino, L. 2007. *Turkki. Euroopan rajalla*. Tampere: Tammer-Paino, 243–244.

Palva, H. 1997. Islam. Teoksessa Pentikäinen, J. & Pentikäinen, K. (toim.) *Uskonnot maailmassa*. Juva: WSOY, 193–220.

Palva, H. & Perho, I. 2001. Islamilainen kulttuuri. Teoksessa Palva, H. & Perho, I. (toim.) *Islamilainen kulttuuri*. Keuruu: Otava, 9–10.

Perho, I. 2001. Mamelukit, osmanit, mogulit ja safavidit. Teoksessa Palva, H. & Perho, I. (toim.) *Islamilainen kulttuuri*. Keuruu: Otava, 127–166.

Rauta, A. 2003. Maahanmuuttajien mielenterveysongelmat. Esitelmä Helsingissä 6.11.2003. TAYS Pitkäniemen sairaala. APS2.

Rauta, A. 2005. Selvitys maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tarpeesta ja saatavuudesta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 30.12.2008. <http://www.stm.fi>.

Sakaranaho, T. 2008. Arabian aavikoilta Helsingin lähiöihin. Suomalaisen islamin tutkimuksen näkökulmia. Teoksessa Martikainen, T., Sakaranaho, T. & Juntunen, M. (toim.) Islam Suomessa. Muslimit arjessa, mediassa ja yhteiskunnassa. Porvoo: WSOY, 11.

- Schubert, C. 2007. Monikulttuurisuus mielenterveystyössä. Helsinki: Edita.
- Serkkola, A. 1992. Somalia. Taival suvun ja valtion varjossa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Tiilikainen, M. 2003. Arjen islam. Somalinaisten elämää Suomessa. Tampere: Vastapaino.
- Tiilikanen, M. 2008. Islam maahanmuuttajien arjessa. Monietninen suomalainen yhteiskunta -kurssi 12.2.2008. Helsingin yliopisto. Sosiologian laitos. Luettu 30.12.2008. www.helsinki.fi/~teppo/Islamtiilikainen120208.ppt.
- Tilastokeskus 2008. Suomen väestö. Luettu 3.10.2009. <http://www.stat.fi>.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.
- Tuominen, R. 1998. Omat ja oudot opit. Teoksessa Tuominen, R. (toim.) Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Juva: WSOY, 20–21.
- Ulkoasiainministeriö 2009. Maat: Afganistan, Kurdistan. Luettu 25.1.2009. <http://global.finland.fi>.
- Wahab, S. & Youngerman B. 2007. A brief history of Afganistan. University of Nebraska at Omaha. Arthur Paul Afghanistan Collection. New York: Facts On File.
- Vartiainen-Ora, P. 1996. Paossa. Perusasiaa pakolaisista meillä ja muualla. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Edita.
- Virtanen, H. & Vilkama K. 2008. Somalien asuminen pääkaupunkiseudulla. Suurperheiden arki suomalaisissa lähiöissä. Teoksessa Martikainen, T., Sakaranaho, T. & Juntunen, M. (toim.) Islam Suomessa. Muslimit arjessa, mediassa ja yhteiskunnassa. Porvoo: WSOY, 132–156.
- Yildiz, K. 2006. Turkki, kurdit ja EU. Suom. Komonen, K. alkuperäinen teos 2005. Keuruu:Otava.

